Nr. 40. 5. października 1930 Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, Adjunkt kliniki. Lwów.

W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu trawiennego wpustowej części żołądka.

Z kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm).

Z pomiędzy różnych postaci operacyjnych wrzodu żołądka i dwunastnicy przedstawia wysoko t. j. blisko wpustu umiejscowiony wrzód szczególne trudności pod względem leczniczym. O ile bowiem przy t. zw. „wrzodach bliskich odźwiernika" rozporządzamy dziś jako metodą wyboru wycięciem wrzodu wraz z całą częścią odźwiernikową uzyskując w ten sposób nietylko wyleczenie ale i najpewniejsze zabezpieczenie chorego przed nową manifestacją „choroby wrzodowej", o tyle przy wrzodach omawianych, „dalekich od odźwiernika" sposób ten traci na wartości. Chcąc tu postąpić doszczętnie w myśl powyższej zasady, a więc usunąć nietylko wrzód ale i część odźwiernikową musielibyśmy dokonać zupełnego lub prawie zupełnego wycięcia żołądka, co przy wrzodzie nie może wchodzić w rachubę. Do tego wysokie, ukryte położenie wrzodu, jego znaczna nieraz bardzo wielkość a zwłaszcza dążność do drążenia i związane z tem rozległe zmiany zapalne w jego otoczeniu i ścianach żołądka stwarzają niezwykle trudne warunki techniczne, które wykluczaią możność wykonania doszczętnego zabiegu u wynędzniałych zwykle chorych, nawet jeżelibyśmy za taki uważali wycięcie samego tylko wrzodu z pozostawieniem reszty żołądka; na podstawie danych teoretycznych oraz niekorzystnych wyników t. zw. resekcji poprzecznej i analogicznej „excyzji" wrzodów krzywizny małej musimy określić to ostatnie postępowanie za niewystarczające, ze względu na możliwość nawrotu.

Powyższe trudności są powodem iż w leczeniu chirurgicznem wrzodów dalekich od odźwiernika wchodzą w rachubę głównie t. zw. sposoby pośrednie, przy których nie usuwamy wrzodu z ustroju, a staramy się jedynie stworzyć warunki korzystne dla jego zgojenia się przez zmianę czynności chemicznej i ruchowej żołądka względnie wyłączenie chorej okolicy z obiegu pokarmów. Należały tu do niedawna przedewszystkiem zespolenie żołądkowo-jelitowe, zalecane przez Payra przecięcie zwieracza odźwiernika (*pyloromyotomia*), a stosowano również i jejunostomję celem odżywiania chorego z ominięciem wrzodu podobnie jak to chce uzyskać nieoperacyjnie Morawitz zapomocą swej trwałej sondy dwunastnicowej wprowadzonej przez nos.

Z pomocą tych metod, a zwłaszcza zespolenia żołądkowo-jelitowego, które sprowadza znaczny przewrót w czynnościach chemicznych i ruchowych żołądka uzyskano nieraz znaczne poprawy.

Dalszym krokiem na drodze pośredniego leczenia operacyjnego omawianego tu rodzaju wrzodów było wycięcie samej tylko części odźwiernikowej z pozostawieniem nietkniętego wrzodu, celem uzyskania o wiele intenzywniejszej jeszcze przemiany czynności żołądka. Myśl tę podjął jeszcze w roku 1918 Kelling 1) rozumując w następujący sposób: „Jeżeli przez usunięcie części odźwiernikowej można uzyskać zmniejszenie kwasoty, to zabieg ten powinien również nadawać się dla wrzodów usadowionych w części wpustowej, których usunięcie jest niemożliwem technicznie albo zbyt niebezpiecznem, a przy których leczeniu stosowano dotychczas jedynie laparotomję próbną, zespolenie żołądkowo-jelitowe lub jejunostomję. Wycinając część odźwiernikową należy się spodziewać korzystnych wyników, wobec tego że już samo zespolenie działa leczniczo". Kelling wykonał powyższy zabieg kilkakrotnie i opisał w r. 1924, bardzo korzystne wyniki potwierdzone kontrolą roentgenologiczną znikającej nyży wrzodu.

Planowe leczenie wrzodów dalekich od odźwiernika, a więc położonych blisko wpustu przez wycięcie części odźwiernikowej kontynuował dalej Madlener 2) z którego nazwiskiem łączy się zazwyczaj powyższą operację, zwaną też resekcją „palliatywną" czyli łagodzącą; nazwę tę wprowadził Flörcken 3) dla oznaczenia analogicznej operacji przy wrzodzie dwunastnicy nie dającym się bez ryzyka doszczętnie wyciąć. Otóż Madlener opisał w r. 1923 i 1924 szereg swoich przypadków wrzodu okolicy wpustu, w której usunął tylko mniej lub więcej zupełnie część odźwiernikową z bardzo dobrym wynikiem przy czasie obserwacji od 6—22 miesięcy. Korzystnym stanom podmiotowym odpowiadał w wielu przypadkach wynik badania roentgenowskiego, które wykazało znikanie nyży i trwałego kurczu. Również i stopień kwaśności wykazywał nieraz bardzo znaczną zniżkę, która osiągała swoje maximum dopiero w kilka miesięcy po operacji a nie zależy jak sądzi Madlener wyłącznie od rozległości wycięcia lecz i od charakteru wrzodu. Znaczne upośledzenie czynności ruchowej ustąpiło miejsca zdolności szybkiego wydalania treści z żołądka, czemu Madlener przypisuje wielkie znaczenie dla zagojenia się wrzodu.

Na podstawie powyższych i dalszych wyników stał się Madlener gorącym zwolennikiem wycięcia łagodzącego części odźwiernikowej przy wrzodach dalekich od odźwiernika i pozostał nim dotychczas. Sposób ten zyskał w ostatnich latach ważną podstawę w całym szeregu prac klinicznych i doświadczalnych, mimo to jednak nie przyjął się dotąd i niewielu chirurgów decyduje się na ów „okaleczający" zabieg w którym poświęcamy zdrową jak się niektórym wydaje część odźwiernikową i jej czynności chemiczne, a zostawiamy część chorą wraz z wrzodem.

W klinice chirurgicznej lwowskiej wykonano dotąd ten zabieg w trzech przypadkach z których jeden zdaje się być szczególnie ważnym i jedynym w piśmiennictwie dowodem anatomicznym sprawności omawianej metody.

W. Ch. Kob. lat 46. Chora od 4 lat na żołądek, w ostatnich czasach bóle wzmogły się bardzo i są bezustanne, tak, że chora siedzi skulona dzień i noc. Bardzo blada i wycieńczona. Ciałek czerwonych 2 milj., hemoglobiny 44%. Chemizm żołądka: naczczo HCl wol. 7, og. 27, po śn. próbn. 24, 73, po ob. 35, 64. Próba benz. w kale ++. Roentgen: W części wpustowej krzywizny małej bardzo duża nyża, żołądek klepsydrowaty, w górnej części klepsydry po 6 godzinach zaleganie treści barowej. Ponieważ leczenie zachowawcze przeprowadzone na klinice wewnętrznej pozostało bez skutku, chorą operowano. 16. IV. 1930, laparotomja w znieczuleniu nerwów trzewnych Kappisa-Roussiela. Mała krzywizna i przednia ściana żołądka zlepiona na szerokiej przestrzeni z wątrobą, w części wpustowej macalny przez ścianę żołądka wielki krater wrzodu drążący do lewego płatu wątroby. Bardzo znaczne świeże zmiany zapalne w otoczeniu krateru w postaci śluzowatego obrzęku zrostów i ściany żołądka, zaczerwienienia płomienistego tejże oraz wysięku surowiczo-włóknikowego.

W zamiarze wykonania wycięcia łagodzącego części odźwiernikowej rozpoczęto zabieg od oddzielenia tejże od wątroby częściowo na tępo, częściowo na ostro oraz uwolnienia obu krzywizn na odpowiedniej przestrzeni, przyczem starano się dojść na krzywiźnie małej możliwie blizko do wrzodu (p. n.). W czasie tego naderwało się nagle dno nyży u jej brzegu; otwór zatkano siecią i zeszyto o ile się to dało w bliznowatem i naciekłem otoczeniu. Następnie wycięto uwolnioną część odźwiernikową, kikut dwunastnicy zamknięto szwem trójpiętrowym a pozostałą część żołądka połączono zaokrężnicowo z pierwszą pętlą jelita czczego „przeciw-peristaltycznie" a więc tak iż ramię doprowadzające wypadło u krzywizny mniejszej, t. j. blizko pozostającego w ustroju wrzodu. Zacisków na żołądku z powodu szczupłości miejsca między wrzodem a linią szwu nie używano, stosując pompę ssącą i podwiązując krwawiące naczynia. Oba ramiona pętli lekko umocowano w szczelinie krezki poprzecznicy. Szew powłok z pozostawieniem małego setonu w okolicy miejsca zatkanego siecią. Chora zniosła zabieg bardzo lekko, a cały przebieg pooperacyjny był pozornie zupełnie gładki i bezgorączkowy, tak że 7. dnia usunięto setonik. Bóle istniejące poprzednio ustąpiły odrazu i zupełnie, tak, że chora czuła się znakomicie i 12 dnia wstała po raz pierwszy; gdy na 19 dzień po operacji opuszczała klinikę z poleceniem przybycia wkrótce do kontroli roentgen. niespodziewanie padła na korytarzu kliniki martwa. Sekcja wykazała wielki zator tętnicy płucnej i doskonale zgojone zespolenie, przyczem uderzającym był brak wspomnianych wyżej zmian zapalnych w otoczeniu wrzodu. Całą pozostałą część żołądka wraz z przyrośniętą partja wątroby i sieci wyjęto ze zwłok celem bliższego zbadania. Już makroskopowo wrzód robił wrażenie dość płaskiego o brzegach błony śluzowej zaciągniętych i zwisających, dnie barwy czerwonawej; ujście ramienia doprowadzającego

kiszki w odległości około 1.5 cm od brzegu wrzodu. Skrawki przeprowadzone przez cały wrzód równolegle do krzywizny małej wykazały następujący obraz drobnowidowy: Brzegi błony śluzowej silnie zawinięte ku wewnątrz, zwisające; dno owrzodzenia składa się z dwóch warstw: warstwy tkanki bliznowatej z wieloma resztkami tkanki tłuszczowej jako pozostałością po zatkaniu otworu w dnie wrzodu siecią oraz warstwy młodej tkanki ziar-



Mikrof. 1. Zeiss. Obj. A. Ok. 2. Warstwa ziarniny pokrywająca dno wrzodu.

ninowej, którą warstwa pierwsza na całej przestrzeni dna wrzodu jest pokryta. Ziarnina ta tworzy zwłaszcza na obwodzie wrzodu liczne brodawkowate wypustki a składa się z młodych fibroblastów, licznych komórek okrągłych i bardzo obfitych naczyń włosowatych, które wchodzą z dolnej warstwy pęczkami (Mikrof. 1.). W załamkach dna wrzodu ukrytych pod zwisającym brzegiem dna wrzodu w postaci wąskich szczelin widać jednowarstwowy



Mikrof. 2. Zeiss. Obj. C. Ok. 2. *W* — dno wrzodu, *B* — zwisająca błona śluzowa. Przy *N* bujanie nabłonka na powierzchni wrzodu.

młody nabłonek, który nasuwa się od strony resztek gruczołów na nieco zbitszą w tem miejscu ziarninę (Mikrof. 2.). Warstwa ziarninowa przechodzi wgłąb jak wspomniano w zbitszą tkankę włóknistą warstwy bliznowatej, w której rozrzucone są tu i ówdzie nacieki drobnokomórkowe. Do warstwy ziarninowej przylegają miejscami skąpe złogi wysięku.

Opisany powyżej drobnowidowy obraz wrzodu części wpustowej, który pozostawał 18 dni pod wpływem łagodzącego wycięcia części odźwiernikowej, wykazuje bardzo wyraźnie silną dążność wrzodu do gojenia się a mianowicie wypełnianie dna wrzodu żywo bujającą i nie ulegającą martwicy tkanką ziarninową, kurczenie się tkanki bliznowatej w następstwie tego zaciąganie się brzegów błony śluzowej i zawijanie tychże ku wnętrzu nyży; rozpoczynające się pokrycie ochronionych przez zwisające brzegi błony śluzowej zaułków dna wrzodu dzięki odradzaniu się nabłonka. Są to wszystko procesy opisane przez Ribberta, Askanazego, Nikolaysena, Aschoffa oraz Permana, dzięki którym wrzód drążący może się zagoić. Opisany wyżej obraz drobnowidowy zgadza się prawie zupełnie z opisem i rysunkami Permana[4]) dotyczącemi gojącego się dwuwarstwowego wrzodu, który w okresie tym przestaje sprawiać dolegliwości — w odróżnieniu od wrzodu niegojącego się, złożonego z trzech warstw tj. i z warstwy martwicy, której ziarnina na powierzchni swej stale ulega. Przypadek ten pozostaje również w ścisłej analogji z wynikami doświadczeń przeprowadzonych na psach częściowo ogłoszonemi[5]), w których opierając się na dawniejszych badaniach Fibicha, Izejreua i Clairmonta starałem się wykazać wpływ zespolenia żołądkowo-jelitowego, wyłączenia lub zwężenia odźwiernika i wycięcia części odźwiernikowej na gojenie się sztucznych, drążących ubytków ściany żołądka. Okazało się, że gojenie się takich pseudowrzodów, które u psa łatwo otrzymać przez wszycie śledziony w ubytek części wpustowej żołądka zostaje znacznie utrudnione przez zwężenie i wyłączenie odźwiernika, natomiast przyspieszone przez zespolenie a zwłaszcza przez wycięcie części odźwiernikowej; obrazy drobnowidowe takich szybko gojących się ubytków przypominają w zupełności wyżej opisany obraz w naszym przypadku, charakteryzujący się kurczeniem się bliznowatego dna, zbliżaniem i zawijaniem się brzegów błony śluzowej, wypełnianiem ubytku ziarniną bez martwicy tejże i bujaniem nabłonka od strony ochronionych brzegów. Oczywiście takich sztucznych ubytków u zwierzęcia nie można utożsamiać z przewlekłym wrzodem ludzkim, w każdym razie jednak obserwacja gojenia się ich w różnych warunkach, które odpowiadają stosunkom pooperacyjnym posiada swoją wartość dowodową.

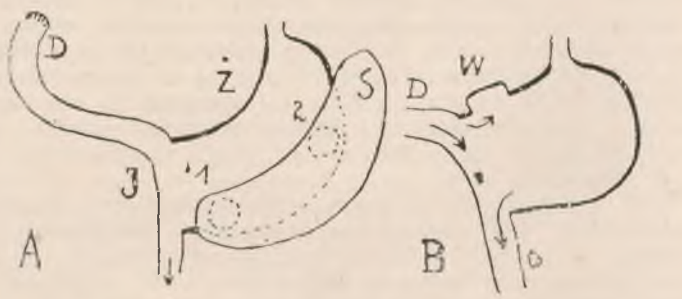
Rozumowaniu naszemu, według którego wycięcie części odźwiernikowej ma pozostawać w związku przyczynowym z stwierdzoną dążnością do gojenia się wrzodu w opisanym przypadku możnaby zarzucić, że nie znamy wyglądu wrzodu tegoż przed operacją i że czas, który upłynął od tejże do śmierci pacjentki jest zbyt krótki. Na to odpowiemy, że trudno przypuścić aby wrzód, który trwał 4 lata i powodował tak znaczne wycieńczenie chorej i niezmierne dolegliwości mógł mieć samoistną dążność do zagojenia się, a że zupełne zniknięcie bólów po operacji zgodne jest ze stwierdzonym obrazem mikroskopowym jak na to właśnie zwraca uwagę Perman. Co do czasu obserwacji w naszym przypadku to właśnie gojenie się sztucznych ubytków po wycięciu części odźwiernikowej postępuje bardzo szybko, tak, że okres 18 dni w zupełności odpowiada znalezionym u zmarłej stosunkom. Również i wspomniany brak zmian zapalnych przy sekcji świadczy o złagodzeniu całej sprawy po operacji, wskutek czego i bóle ustąpiły w zupełności.

Za główny czynnik leczniczy przy wycięciu łagodzącem musimy uważać znaczne obniżenie kwasoty, a nawet zupełne jej zniesienie dzięki usunięciu powierzchni odbiorczej w części odźwiernikowej dla II fazy wydzielniczej oraz umożliwienie wydatnego zobojętniania pozostałej jeszcze ewentualnie resztki kwasu solnego przez zasadowy sok dwunastnicy. Świadczą o tem nieco odmiennego typu doświadczenia, w których wytwarzałem dwa ubytki części odźwiernikowej zamknięte ścianą śledziony, z których jeden leżał blisko, a drugi daleko od połączenia żołądka pozbawionego części odźwiernikowej z jelitem (Ryc. 3 a) lub też od zwykłego otworu zespolenia żołądkowo-jelitowego: ubytek bliższy okazywał nierównie szybsze gojenie od dalszego, co należy odnieść do korzystniejszych warunków bujania ziarniny i nabłonka.

W drugim rzędzie zależy korzystny zwrot w gojeniu się wrzodu po wycięciu łagodzącem niewątpliwie od ułatwienia czynności ruchowej przed operacją nieraz znacznie upośledzonej na co zwracają uwagę Kelling (l. c.) i Madlener (l. c.), a o czem świadczą też wspomniane wyżej doświadczenia w których przez sztuczne utrudnienie odpływu treści z żołądka uzyskano znaczne zwolnienie gojenia się ubytków. Ma to również znaczenie wówczas, jeżelibyśmy chcieli jako dodatkowe leczenie pooperacyjne zastosować odżywianie chorych cienkim zgłębnikiem wprowadzonym przez nos i żołądek do jelita, co przed operacją wskutek stanu kurczowego żołądka jest nieraz niemożliwem do osiągnięcia. O stanie chorego leczonego w ten sposób po przeprowadzonem wycięciu łagodzącem na klinice chor. wewn., jakoteż trzeciego

chorego, który doniósł o niezłym stanie zdrowia w dwa lata po operacji będzie można donieść po przeprowadzonej kontroli obrazu roentgenowskiego i chemizmu żołądka.

Z wymienionych wyżej doświadczeń wynikają pewne wskazówki techniczne. Po pierwsze wycięcie musi być rozległe, a to celem usunięcia rzeczywiście dokładnego całej części odźwiernikowej, gdyż w razie pozostania choćby małych jej resztek mogą one spełniać czynność powierzchni odbiorczej dla wydzielania kwasu solnego. Takie obfite wycięcie odpowiada i drugiemu warunkowi, a to — by otwór zespolenia znalazł się możliwie blisko wrzodu, przyczem kiszkę powinno się przyszyć „przeciwperistaltycznie" celem osiągnięcia lepszej neutralizacji w otoczeniu ramienia doprowadzającego zasadowy sok dwunastnicowy (Ryc. 3 b.) (por. Hilarowicz, P. P. Chirurg. T. V, Uwagi w sprawie techniki wycinania żołądka). Jeżeli wrzód leży blisko linji szwu musi się operować bez zaciskadła na żołądku posługując się pompą ewakuacyjną, odcinając żołądek stopniowo i podwiązując każde krwawiące naczynie.



Ryc. 3. A. Ż — żołądek po wycięciu części odźwiernikowej, *D* — dwunastnica zamknięta ślepo od strony odźwiernika, *I* — jelito czcze, *S* — śledziona, którą zamknięto ubytek 1 i 2. B. *D* — ramię doprowadzające, *O* — odprowadzające jelita, *W* — nyża wrzodu.

Kilka słów należy poświęcić wskazaniom do wycięcia łagodzącego części odźwiernikowej, które ustalić można dopiero po otwarciu jamy brzusznej. I tak przy wrzodach ograniczonych do właściwej okolicy wpustu decyzja jest łatwą, ze względu na wielką prostotę i lekkość zabiegu. Trudności w wyborze postępowania mogą zachodzić w dwu innych wypadkach a mianowicie: 1) Jeżeli wrzód jest usadowiony nieco niżej na krzywiźnie mniejszej, tak, że w rachubę wchodzi wycięcie doszczętne części odźwiernikowej wraz z wrzodem jako najracjonalniejsza metoda; w takich razach należy się kierować możliwością obejścia wrzodu od strony wpustu i uzależnić zabieg powyższy od obecności zdrowej ściany żołądka powyżej wrzodu, wystarczającej do założenia pewnego szwu i od możliwości uniknięcia zbyt wielkiej „redukcji żołądka". Jeżeli wrzód nie da się obejść, jeżeli drąży głęboko i rozlegle a zmiany zapalne w otoczeniu są znaczne, jest bardzo niebezpiecznem odważać się na takie wycięcie i o wiele racjonalniej będzie zwłaszcza u chorych osłabionych ograniczyć się do wycięcia tylko części odźwiernikowej. 2) Trudności mogą zachodzić w tych razach, gdy wrzód drąży płasko a szeroko, na przestrzeni całej prawie krzywizny mniejszej najczęściej do wątroby i gdzie chcąc uwolnić część odźwiernikową musielibyśmy dno wrzodu rozedrzeć i narazić się poprostu na niemożliwość doprowadzenia zamierzonej operacji do końca; w tych wypadkach najlepiej będzie odrazu ograniczyć się do zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Na podstawie wyżej opisanego a jedynego w piśmiennictwie przypadku w którym w 18 dni po wycięciu łagodzącem części odźwiernikowej stwierdzono drobnowidowo bardzo żywą dążność wrzodu części wpustowej do gojenia się, możemy określić powyższy zabieg jako wielce celowy i skuteczny; jest on technicznie łatwy i stosunkowo lekki, a daje lepszą rękojmię wyleczenia jak inne wspomniane na wstępie sposoby pośrednie.

Prawdą jest, że wykonywując go poświęcamy może stosunkowo zdrową część odźwiernikową lecz właśnie w ten sposób jesteśmy w stanie przez potężny przewrót w całym mechaniźmie chemicznym żołądka pośrednio, jak zresztą i przy leczeniu wrzodów bliskich odźwiernika usunąć podłoże przez które wyraża się choroba wrzodowa, sama przez się dotąd nie dostępna leczeniu.

Piśmiennictwo.

1) Arch. Kl. Chir. 109. — 2) Zbl. f. Chir. 1923, 1924. — 3) Bruns. Beitr. Kl. Chir. 130. — 4) Acta chir. scand. Vol. LV. 1922. — 5) Hilarowicz: Pol. Prz. Chir. T. III. 1924.

Dr. Albin GARBIEŃ, I asyst. Państw. Szk. Położnych. Lwów.

Uchyłki jelitowe wikłające schorzenia narządu rodnego kobiecego.

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. Adam Sołowij.

Guzy zapalne przydatków macicy są w mniejszym lub większym stopniu zrośnięte z narządami sąsiedniemi. Zrosty te są nieraz cienkie, wywołane zlepami otrzewnej, czasem zaś przedstawiają się jako grube płatowe jakby powięzie, które są zejściem dawniej przebytych otorbionych zapaleń otrzewnej. W zrosty te prawie zawsze bywają wciągnięte jelita, sąsiadujące z narządem rodnym, a więc najczęściej prostnica *(rectum)*, esica *(sigmoideum)*, pętle jelita cienkiego i nieraz kątnica *(caecum)* z wyrostkiem robaczkowym.

Zrosty mogą obejmować również uchyłki jelitowe, jeśli te znajdą się w obszarze miednicy, co zwłaszcza nierozpoznane może stanowić poważne powikłanie w przebiegu pooperacyjnym.

Uchyłki jelitowe bywają wrodzone (prawdziwe) i nabyte (rzekome). Prawdziwe uchyłki jelitowe mają ścianę zbudowaną z wszystkich warstw jelita i łączą się ze światłem jelita otworem, który można wyraźnie stwierdzić. Wystąpić mogą w każdym odcinku jelit, najczęściej spotyka się je w obszarze dwunastnicy i w dolnym odcinku jelita cienkiego *(ileum)* między 30-tym a 100-nym centymetrem od zastawki Bauhina *(valvula ileo-caecalis)*. Uchyłki prawdziwe górnej części jelita cienkiego są przeważnie małe, a usadowione w największej części po stronie krezkowej nie wchodzą w rachubę, jeśli mowa o powikłaniach z narządem rodnym. Natomiast uchyłki dolnego odcinka jelita cienkiego, zwane uchyłkami Meckela, mogą wikłać poważnie schorzenia narządu rodnego.

Uchyłki Meckela odchodzą od wypukłej strony jelita cienkiego, rzadziej bliżej krezki, nigdy zaś z powierzchni krezkowej jelita. Meckel (1812) wykazał, że pochodzą one z przewodu pępkowo-jelitowego *(ductus omphalo-entericus)*, który zanika około 2 — 3 tygodnia życia płodowego. Przewód pępkowo-jelitowy łączy pęcherzyk żółtkowy, leżący poza jamą brzuszną, z przewodem pokarmowym. Jeśli przewód pępkowo-jelitowy utrzyma się poza życie płodowe w odcinku proksymalnym jelita, powstaje zeń uchyłek Meckela. Utrzymany cały przewód pępkowo-jelitowy przedstawia się jako wrodzona całkowita przetoka pępkowa. Utrzymany odcinek distalny, a zanikły odcinek proksymalny przewodu pępkowo-jelitowego daje w następstwie niezupełną przetokę pępkową, podczas gdy zarośnięcie odcinków distalnego i proksymalnego przy utrzymanym odcinku środkowym przewodu pępkowo-jelitowego da obraz guza torbielowatego, określanego mianem torbieli jelitowej (enterokystoma).

Uchyłek Meckela odchodzi od jelita pod kątem prostym lub ostrym, ma swoją krezeczkę *(mesenteriolum)*, długi od kilku do kilkunastu centymetrów, ułożony obok jelita lub sterczy ku górze albo też zwisa poprzez pętle jelit ku dołowi. Nieraz wykazywano przejście distalnego odcinka uchyłka w sznurek łącznotkankowy *(ligamentum terminale)* przebiegający do pępka. Oderwanie tego więzadła od pępka w życiu pozapłodowem może dać w następstwie brak wszelkiej łączności uchyłka z pępkiem, a wtedy sznurek łącznotkankowy krótszy lub dłuższy zwisać będzie jako nitka *(filum terminale)*. Z powyższego widać już, jak różnorodną może być topografja uchyłka. Przejście uchyłka w jelito może być całem światłem uchyłka, lub tuż przed ujściem uchyłka tworzy się zwężenie światła, spowodowane przez zgrubienie ścian jelita, co w przypadkach małych uchyłków może się przedstawiać jako zastawka, zamykająca łączność jelita z uchyłkiem. W obszarze samego uchyłka spostrzegano zwężenia, tworzenie uchyłków w uchyłku i zgrubienia ścian, które bywają uważane za resztki mesenterjalne. Anatomiczna budowa ścian uchyłka odpowiada budowie pętli jelita, z której odchodzi uchyłek — w pewnym zaś odsetku przypadków notowano obecność w uchyłku jednej lub kilku rozrzuconych wysp w błonie śluzowej o cechach błony śluzowej żołądka. Uchyłek Meckela spotyka się na stole sekcyjnym niezbyt rzadko, Hilgenreiner (1903) podał nawet stosunek 1 na 54 sekcji.

Klinicznie może dać uchyłek Meckela następujące obrazy chorobowe:

1. Zapalenie uchyłka *(Meckelitis)* wywołane podobnie jak zapalenie wyrostka robaczkowego przez ciała obce, pasorzyty, uraz, przepukliny, zakażenia z przewodu pokarmowego, przerzutowe zapalenia z narządów sąsiednich lub odległych (migdałki). Zapalenie uchyłka może być kataralne, ropne lub wrzodziejące — może dać w następstwie ograniczoną zgorzel ściany lub zgorzel całego uchyłka, wywołaną przez zakrzep lub zator naczyń (Hil-

genreiner). Klinicznie może dać również obraz krwawień jelitowych, zwłaszcza jeśli te występują u dzieci (Isaac i Strauss). Rozpoznanie zapalenia uchyłka jest zawsze operacyjne — klinicznie mamy objawy zapalenia wyrostka robaczkowego. Zejściem sprawy zapalnej uchyłka bywają, jeśli nie doszło do rozlanego zapalenia otrzewnej, zrosty otrzewnowe uchyłka z pętlami jelit lub z siecią i wtedy stanowi uchyłek poważne niebezpieczeństwo zawężźlenia lub zadzierzgnięcia jelit.

2. Zawężźlenie *(volvulus)* i zadzierzgnięcie *(strangulatio)* uchyłka opisano w przypadkach uchyłków długich, jak również jako powikłanie przepuklin. Następstwem może być zgorzel uchyłka.

3. Wrzód trawienny uchyłka *(ulcus pepticum diverticuli)* wychodzi z wysp błony śluzowej uchyłka, mających cechy błony śluzowej żołądka. Opisano przypadki pęknięcia wrzodu z następowem rozlanem zapaleniem otrzewnej (Winckelbauer).

4. Zadzierzgnięcie jelit wywołane przez uchyłek, który zrośnięty z jelitami stanowi punkt wyjścia zadzierzgnięcia, spotyka się w pewnym odsetku operowanych przypadków niedrożności jelit (Kozicki), zwłaszcza u dzieci (Bienvenue).

5. Wgłobienie uchyłka w jelito z następową niedrożnością jelit i zgorzelą uchyłka.

6. Zagięcie jelita przez pociąganie ze strony uchyłka, objętego zrostami.

7. Uchyłek jako powikłanie przepuklin pachwinowych, udowych i pępkowych może w następstwie ucisku w worku przepuklinowym przejść zapalenie, zawężźlenie lub zadzierzgnięcie z następową zgorzelą, która może doprowadzić nawet do zupełnego oddzielenia uchyłka od jelita, tak że resztki uchyłka leżą w worku przepuklinowym zupełnie wolno (Payr).

8. Nowotwory uchyłka Meckela są bardzo rzadkie. Opisano przypadek mięsaka uchyłka (Kotzenberg).

9. Uchyłek Meckela jako powikłanie zapalnych schorzeń narządu rodnego. Długi uchyłek Meckela, zwisający ku miednicy może wikłać również i narząd rodny kobiecy. Podobnie jak ropne zapalenie wyrostka robaczkowego może spowodować wtórną ropną sprawę w prawym jajniku i odwrotnie, pierwotna ropna sprawa przydatków macicy może wtórnie objąć wyrostek robaczkowy — również i uchyłek Meckela zwisający ku miednicy i leżący w bezpośredniem sąsiedztwie narządu rodnego, może pierwotnie uległszy sprawie zapalnej dać wtórne zapalenie narządu rodnego, lub też pierwotne zapalenie przydatków macicy może objąć uchyłek. Przypadek taki operowałem na Oddziale ginekologicznym Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.

L. h. ch. 192 gin/29. Chora lat 29, 1 raz rodziła, 3 razy roniła, ostatnie poronienie przed 3 miesiącami. Po wyskrobaniu macicy gorączkowała wysoko przez miesiąc, poczem przez prawie półtora miesiąca czuła się lepiej. Przed 2 tygodniami wystąpiły gwałtowne bóle w podbrzuszu, głównie po prawej stronie. Przez pierwsze 3 dni nie było stolca ani wiatrów, brzuch wzdęty. Po tygodniu ustąpiły pierwsze gwałtowne objawy, bolesność utrzymuje się nadal, tak że uniemożliwia nawet najmniejsze poruszenia się w łóżku. Przedmiotowo wykazano: brzuch miernie wzdęty, bolesność otrzewnowa wybitna w podbrzuszu tak po prawej, jak i lewej stronie. Badaniem ginekologicznem stwierdzono: macica obmurowana po bokach guzami zapalnemi przydatków, zupełnie nieruchoma, zrosty po prawej stronie sięgają wyżej, obejmują z pewnością wyrostek robaczkowy. Sklepienie tylne pochwy znacznie obniżone, przez nie badalny opór bardzo bolesny, chełboczący.

Rozpoznano: *pyosalpinx et periadnexitis ambilat., perimetritis postica abscedens, appendicitis subacuta.*

Po otwarciu jamy brzusznej okazało się: obustronne ropniaki trąbek, torbielowate zwyrodnienie obydwóch jajników, przydatki w zrostach z macicą i pętlami jelit, zatoka Douglasa zarośnięta. Wyrostek robaczkowy objęty zrostami leżał na prawym guzie trąbkowym. Po oddzieleniu zrostów i wypreparowaniu przydatków macicy okazało się, że jelito cienkie biegnie ku Douglasowi w silnych zrostach otrzewnowych, kończąc się ślepym nieco szerszym workiem, silnie zrośniętym na dnie Douglasa. Wypreparowane to jelito okazało się uchyłkiem Meckela, długim na 18 cm, odchodzącym w oddaleniu około 35 centymetrów od jelita cienkiego powyżej zastawki Bauhina. Ściany uchyłka przekrwione, uchyłek wypełniony treścią płynną. Zresekowano uchyłek, wycięto całkowicie macicę wraz z przydatkami, usunięto wyrostek robaczkowy, poczem jamę otrzewnową setonowano przez pochwę. Powłoki zeszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny powikłany odoskrzelowem zapaleniem płuc i powierzchownem ropieniem w dolnym odcinku rany operacyjnej powłok. Chora opuściła Zakład po trzech tygodniach.

W treści uchyłka stwierdzono prócz miazgi pokarmowej wysięk surowiczo-ropny, zwłaszcza w workowatym odcinku końcowym, który leżał w Douglasie. Błona śluzowa uchyłka w proksymalnej części również zapalnie przekrwiona. Badanie drobnowidowe skrawków błony śluzowej nie wykazało elementów żołądkowych.

Leczenie, podobnie jak rozpoznanie, jest tylko operacyjne. Stwierdzenie podczas laparotomji uchyłka Meckela daje wskazanie, ze względu na możliwość licznych powikłań, do usunięcia go operacyjnego. Tem bardziej uzasadnione wskazanie do radykalnej operacji dają te wszystkie stany chorobowe, których przyczyną jest uchyłek, względnie stany chorobowe, toczące się w samym uchyłku. Zasadniczo resekuje się uchyłek w przypadkach, w których przejście uchyłka w jelito nie tworzy wałowatego zgrubienia, w ten sposób, że zostawia się na jelicie cienkiem mankiet uchyłka wysokości 2—5 i więcej milimetrów, zależnie od średnicy uchyłka, który zeszyty dokładnie pokrywa miejsce odejścia na jelicie cienkiem dobrze, nie tworząc zwężenia. W przypadkach, w których występuje zwężenie jelita przez wałowate zgrubienie miejsca odejścia uchyłka, dalej w przypadkach, w których schorzały uchyłek wciągnął w sprawę chorobową również i jelito cienkie (zgorzel, uwięzgnięcie i t. p.), musi być odpowiedni odcinek jelita resekowany.

W większości przypadków rozpoznanie przed operacją opiewa: *appendicitis.* Jeśli stwierdzi się minimalne lub prawie żadne zmiany w wyrostku robaczkowym, jest obowiązkiem operatora skontrolować jamę brzuszną, gdyż pozostawienie uchyłka chorobowo zmienionego byłoby dużym błędem w sztuce.

* * *

Uchyłki jelitowe nabyte (rzekome — uchyłki Grasera, niemieckich autorów) powstają przeważnie w obszarze jelita grubego. Ścianę ich stanowi sama błona śluzowa, która przez drobne szpary w mięśniówce wypukla się na zewnątrz mięśniówki, pokryta otrzewną od strony jamy brzusznej.

Czasem i mięśniówka może wchodzić w skład ścian uchyłka nabytego na przestrzeni mniejszej lub większej. Szpary w mięśniówce, któremi przeciska się błona śluzowa, tworząc jakby przepukliny błony śluzowej, znajdują się tam, gdzie mięśniówka jest ścieńczała (zejście spraw zapalnych, owrzodzeń jelita — gruźlica, rak), jakoteż w miejscach przebiegu naczyń w ścianie jelita. Dlatego występują najczęściej na powierzchni krezkowej, na granicy taśmy okrężnicy *(taenia)* i w przyczepkach jelitowych *(appendices epiploicae).* Przyczyny powstawania uchyłków nabytych podać nie można. Bywają podawane jako momenty usposabiające: zaparcia stolca, wzdęcia, które powodują znaczne rozszerzenia ścian jelitowych, nagromadzenie tłuszczu w otworach naczyniowych ścian jelit. Czasem trudno wykazać te nawet czynniki, względnie czasem tam, gdzie te czynniki można wykazać, nie spotykamy uchyłków nabytych — tak że z konieczności mówi się o wrodzonej dyspozycji. Wielkość uchyłków rzekomych jest różna, przeważnie są drobne, wielkości grochu lub wiśni, pojedyncze albo liczne dają się wykazać roentgenologicznie jako brodawkowate wypuklenia jelit. Uchyłki rzekome mogą ulec sprawom zapalnym pierwotnie lub wtórnie.

Ostre zapalenie uchyłka rzekomego *(diverticulitis acuta)* ropne lub wrzodziejące spotyka się najczęściej w obszarze esicy. Przyczyną bywają zapalne sprawy jelitowe lub grudki kału wciśnięte w uchyłek, które mogą dać w następstwie owrzodzenia i przebicie uchyłka z następowem zapaleniem otrzewnej.

Przewlekłe zapalenie uchyłka rzekomego jest zejściem zapalenia ostrego. Towarzyszy mu zgrubienie i naciek zapalny ściany jelita, przeważnie esicy, tworząc z biegiem czasu guz jelitowy, który prócz zrostów z jelitami może doprowadzić do zwężenia jelit. Ropnie uchyłków mogą przebić do pęcherza moczowego lub do sąsiednich pętli jelit, tworząc przetoki jelitowe lub pęcherzowo-jelitowe.

Powikłania z narządem rodnym są opisywane i to w przypadkach ostrego ropnego zapalenia uchyłka (Oldfield), jakoteż i w przewlekłych zapaleniach. Pierwotna sprawa zapalna w uchyłku dała schorzenie narządów sąsiednich, w przypadkach uchyłków esicy zapalenie lewych przydatków macicy. Rokowanie w tych przypadkach jest poważne, gdyż ropień uchyłka może przebić i do jamy brzusznej, z następowem rozlanem zapaleniem otrzewnej. Również rokowanie operacyjne jest poważne — w przebiegu pooperacyjnym może wystąpić zapalenie otrzewnej,

jak w jednym z trzech operowanych przypadków Oldfielda.

Wtórne zapalenie uchyłka (*diverticulitis secundaria*) spotkać można w przebiegu ropnego zapalenia przydatków macicy, jako powikłanie bardzo poważne, bo wciągające w schorzenie również ścianę jelit, ze wszystkiemi następstwami, jak i w pierwotnych sprawach zapalnych uchyłka.

Leczenie winno być operacyjne tam, gdzie rozpoznanie jest pewne (Klein-Schmidt, Gant, Winckelbauer). Uchyłki zapalnie naciekłe należy usuwać, nawet jeśli jest ich większa liczba. Przewlekły stan zapalny uchyłka, który doprowadził do nacieków zapalnych jelit, można traktować zachowawczo (*laparotomia explorativa*), jeśli się wykluczy obecność ropnia grożącego przebiciem, a przyjmie się jako korzystniejsze dla chorej samoistne zejście nacieków zapalnych w tkankę bliznowatą z następowemi silnemi zrostami pętli jelitowych pomiędzy sobą.

* * *

Wreszcie podkreślić należy, że w czasie podwiązywania przyczepek jelitowych (*appendices epiploicae*), zrośniętych z narządami sąsiednimi, trzeba się liczyć z możliwością istnienia w nich uchyłków rzekomych. Dlatego winna być każda przyczepka jelitowa dokładnie skontrolowana przed podwiązaniem, wzgl. jeśli tkanką tłuszczową pokryty uchyłek został otwarty, musi być dokładnie obszyty i zaotrzewnowany. Zaniechanie tej ostrożności może być w skutkach fatalne, gdyż niedokładnie zaopatrzony uchyłek może być punktem wyjścia rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu pooperacyjnym.

Piśmiennictwo.

1) Bienvenue: Revue de gyn. Tome 21. — 2) Gant: Journ. of the amer. med. ass. 1921, Nr. 18. — 3) Hanke: Deutsche med. Wochenschr. 1928, Nr. 32. — 4) Hilgenreiner: Beitr. z. klin. Chir. 1902, Bd 33, S. 702. i 1903, Bd. 40, S. 99. — 5) Heydrich: Zbl. f. Gyn. 1891, S. 417. — 6) Horodyński: Przegl. piśm. lek. 1928, str. 327. — 7) Isaac and Strauss: Journ. amer. med. ass. 1927. — 8) Kleinschmidt: w podr. Nordmann-Kirschner. Bd. V, S. 920. 1927. — 9) Kotzenberg: Beitr. z. klin. Chir. Bd. 55. — 10) Kozicki: Przegl. chir. i gin. 1911, T. V. str. 347. — 11) Lehmann: Wien. klin. Woch. 1920, Nr. 40. — 12) Oldfield: Journ. of obs. Brit. Emp. 1913, Vol. 23. — 13) Paguy et Esmonet: Ann. de gyn. 1903. — 14) Payr: Arch. f. klin. Chir. 1902, Bd. 67, S. 996. — 15) Stohr: Bruns Beitr. Bd. 141, S. 353. — 16) Winckelbauer: Wien. klin. Woch. 1929, S. 326. — 17) Zarcyn: Polska Gaz. Lek. 1925, str. 255.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. H. RASOLT i Dr. H. ZALCMAN. Warszawa.

Przypadek jednostronnej dychawicy oskrzelowej w przebiegu gruźlicy płuc.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Poglądy różnych autorów na stosunek, zachodzący między gruźlicą płucną a dychawicą oskrzelową są nietylko sprzeczne, ale nawet biegunowo odmienne.

Tak n.p. Mandibur i Goldscheider*) nietylko, że zaprzeczają istnieniu związku przyczynowego między temi dwoma stanami chorobowemi, lecz twierdzą, że schorzenia te wykluczają się wzajemnie. Berhardt zaś jest zdania, że u astmatyka może się rozwinąć gruźlica, gruźlik jednak na astmę chorować nie może. Zwolennikami krańcowo odmiennego poglądu, w myśl którego związek przyczynowy między gruźlicą a dychawicą niewątpliwie istnieje, i to w tym sensie, że gruźlica uspasabia do astmy są Kretz, który u 75% astmatyków stwierdzał ukrytą gruźlicę, Butalini i Wernscheid, którzy prawie u wszystkich chorych dychawiczych wykrywali zmiany gruźlicze w płucach lub gruczołach oskrzelowych. Bauer, który jest zdania, że gruźlica, zmniejszając wartość narządu, uspasabia do dychawicy oskrzelowej, dalej Landouzy, Bezançon i de Jong, Danielopolu, Birstein, z polskich zaś autorów Chełmoński, Starkiewicz, K. Dąbrowski, Białokur, Gantz i Grossfeld. Neumann jest zdania, że niektóre postacie gruźlicy przebiegać mogą pod maską dychawicy (jak n.p. *peribronchitis tbc.)*

*) Według Birsteina.

Pogląd ten podzielają również Sergent, Kourilsky i in., którzy, będąc zwolennikami wielopostaciowości zarazka gruźliczego, uzależniają przebieg gruźlicy pod postacią astmy od przemiany laseczników Kocha w zarazek gruźlicy przesączalnej. Birstein podaje jeszcze opinje autorów, którzy są zdania, że gruźlica i astma mogą istnieć u jednego osobnika zupełnie niezależnie jedna od drugiej.

Z tych tak odrębnych a nawet sprzecznych zapatrywań, coraz bardziej toruje sobie drogę i coraz większe prawo obywatelstwa uzyskuje pogląd, uwzględniający związek przyczynowy między gruźlicą a dychawicą, zwłaszcza od chwili, gdy znalazł sobie potężnego sprzymierzeńca w promieniach Roentgena, przy pomocy których udało się wykazać zmiany gruźlicze tam, gdzie klinicznie nic za gruźlicą nie przemawiało.

Autorzy, reprezentujący ten pogląd, musieli z kolei zadać sobie pytanie i zastanowić się nad zagadnieniem, jaki jest właściwie mechanizm powstawania napadów dychawicy w przebiegu gruźlicy płucnej.

I tutaj znowu uwydatniła się rozbieżność poglądów, choć co do jednego autorzy ci są w zgodzie, a mianowicie, że jedynie w przebiegu gruźlicy włóknistej spostrzega się napady dychawicy. I tak Landouzy uważa, że nadmierna produkcja tuberkuliny przez prątki gruźlicze prowadzi do tuberkulinemji, ta zaś przyczynia się do uczulenia ustroju i do wywoływania napadów dychawiczych. Uczuleniem również tłumaczy powstawanie napadów Grossfeld. Uważa on, że w ustroju osobnika, zakażonego gruźlicą krążą ciała przeciwbiałkowe nieswoiste, w ogniskach zaś gruźliczych wytwarzają się antygeny bakteryjnego białka przeciwgruźliczego. Przez połączenie krążących w ustroju ciał przeciwbiałkowych z antygenem z ogniska gruźliczego powstaje jad anafilaktyczny, anafilatoksyna według Friedbergera i Goldschmidta, która powoduje napad dychawicy.

Danielopolu poza uczuleniem ogólnem, wywołanem przez jad gruźliczy i przez ciała białkowe, biorące początek w ogniskach gruźliczych na skutek rozpadu tkankowego, uwzględnia także i uczulenie miejscowe, którego przyczyna ma być ta sama, co i uczulenia ogólnego.

Inni autorzy, którzy również uznają łączność gruźlicy z astmą, wymienimy tylko Birsteina i Sternberga, odrzucają teorję anafilaktyczną, jako mało przekonywującą, i wyrażają pogląd, że mechaniczne drażnienie rozgałęzień nerwu błędnego bądź przez powiększone gruczoły chłonne oskrzelowe (Sokołowski), bądź przez rozwijającą się w ogniskach gruźliczych tkankę łączną jest przyczyną napadu. Za tym poglądem mechanicznym przemawia fakt, że napady astmy występują tylko w przebiegu gruźlicy włóknistej, oraz znane w piśmiennictwie przypadki astmy w przebiegu białaczki, która zniknęła po naświetlaniu promieniami Roentgena, a więc z chwilą gdy powiększone gruczoły chłonne uległy zmniejszeniu i przestały drażnić gałązki nerwu błędnego.

Wreszcie Bezançon i de Jong rzucają niejako pomost między teorją uczuleniową i mechaniczną twierdząc, że zmiany gruźlicze o charakterze włóknistym u osobnika uczulonego powodują napady dychawicy.

W pracach tych autorów nie mogliśmy znaleźć wyjaśnienia, czy uczulenie to wywołane jest obecnością w ustroju prątków gruźliczych czy też innemi jakiemiś czynnikami.

Przypadek, który mieliśmy możność obserwować na naszym oddziele zdaje się przemawiać za słusznością poglądu Bezancona i de Jonga.

Chodzi tu o 38 l. wdowę po gruźliku W. P., która zgłosiła się we wrześniu 1929 ze skargami na bóle w plecach, kaszel, poty nocne, stany podgorączkowe oraz napadową duszność, występującą o różnej porze dnia, szczególnie często jednak w nocy i nad ranem.

Choroba rozpoczęła się przed 5 laty krwiopluciem, gorączką i kaszlem. Chora leczyła się w różnych sanatorjach, przyczem stan ulegał zmiennej, mniej lub więcej długotrwałej poprawie. Napady duszności wystąpiły dopiero od roku. Przedtem nigdy nie występowały. Poza tem wywiady bez szczególnego znaczenia. Stan obecny: Poza bladością skóry na twarzy oraz bliznami na szyi, jakoby po „wrzodach" zmian w obrębie głowy i szyi nie stwierdza się. Klatka piersiowa: niesymetryczna. Prawa jej połowa wyraźnie bardziej uwypuklona niż lewa, powłóczy przy oddychaniu. Wypuk: Pola Króniga szerokie, dolna granica płuc z tyłu po str. lewej X żebro, ruchoma, po str. prawej o palec niżej, przy głębokim wdechu prawie się niezmieniająca. Granice płuc z przodu prawidłowe. Z tyłu po

str. lewej stłumienie od grzebienia łopatki ku górze, po str. prawej od ½ łopatki ku górze. Poza tem odgłos wypukowy po stronie lewej jawny, po stronie prawej jawny z odcieniem bębenkowym. W y s ł u c h o w o: po str. lewej nad stłumieniem oddech pęcherzykowy zaostrzony z wydłużonym wydechem, po str. prawej nad stłumieniem również oddech pęcherzykowy, zaostrzony z wydłużonym wydechem. Nad miejscami z odgłosem wypukowym jawnym po str. lewej oddech pęcherzykowy, nad miejscami z odgłosem wypukowym jawno-bębenkowym po str. prawej oddech



osłabiony, wydech wydłużony. Poza tem pod obojczykiem prawym nieliczne drobnobańkowe rzężenia, występujące po kaszlu, na obszarze zaś całego prawego płuca liczne świsty i furczenia, szczególnie podczas wydechu. Drżenie głosowe słabo wzmożone w obrębie obu obszarów stłumionych. Przewodnictwo głosowe niewzmożone. Poza tem w płucach zmian nie stwierdzało się. W s e r c u: zmian chorobowych niema. J a m a b r z u s z n a: bez odchyleń od normy. Stany podgorączkowe. W m o c z u składników chorobowych nie stwierdzono. W p l w o c i n i e wielokrotnie znajdywano liczne (10 do 12) pałeczki Kocha, białko i włókna sprężyste. W preparacie plwociny, barwionym metodą Pappenheima stwierdzono liczne ciałka ropne kwasochłonne.

B a d a n i e k r w i: Hb — 70%, E — 5,520.000, Index < 1, B. c. 6000, N. 69%, L — 18%, M — 5%, Eoz. — 8%. B a d a n i e k a ł u: krwi utajonej ani jaj pasorzytów nie stwierdzono. C i ś n i e n i e k r w i: 100/55 mmHg. B a d a n i e r o e n t g e n o l o g i c z n e: Niewielka prawostronna skolioza kręgosłupa piersiowego w środkowej jego części. W szczycie i górnej części płuca prawego widoczne są delikatne plamki cieniowe. Tuż przy środkowej części wnęki prawej widoczna jama wielkości dwuzłotówki. W szczycie lewym kilka drobnych plamek. W okolicy podobojczykowej lewej nieco zgrubiałych smużek cieniowych. Przepona po stronie prawej słabo ruchoma.

Na podstawie badania rozpoznaliśmy u chorej *Phthisis pulmonum declarata fibrosa bilateralis. (cavern. dextra).*

Podczas badania chorej uderzyło nas wypuklenie prawej połowy klatki piersiowej, odcień bębenkowy wypuku, minimalna ruchomość dolnej granicy po tejże stronie oraz n i e s t a ł e świsty i furczenia na obszarze całego płuca prawego, występujące jednocześnie z dusznością. Stan powyższy nasunął nam przypuszczenie, że mieliśmy tu do czynienia ze stanami bronchospastycznemi, umiejscowionemi w jednem tylko płucu.

Przypuszczenie to zostało całkowicie potwierdzone przez działanie leków przeciwastmatycznych jak astmolizyna, pituglandol, atropina, po których w krótkim czasie znikały świsty i furczenia, a chora odczuwała wielką ulgę i możność swobodnego oddychania. Nie ulegało tedy wątpliwości, że mieliśmy tu do czynienia z nawarstwianiem się skurczów mięśniówki oskrzeli w przebiegu gruźlicy płucnej.

Chodziło tylko o wyjaśnienie, czy były to napady dusznicy oskrzelowej, czy stany bronchospastyczne wtórne, i dlaczego stany te występowały jednostronnie.

Jak wiadomo, zespół bronchospastyczny różni się od prawdziwej dychawicy oskrzelowej tem, że przebiega bez eozynofilji we krwi i plwocinie (J a g i ć, L a n d a u i J o c h w e d s). Otóż, jak podawaliśmy wyżej, u naszej chorej badanie krwi wykazało obecność 8% komórek kwasochł. i takie same komórki w plwocinie, co potwierdzało przypuszczenie istnienia u chorej właściwej dusznicy oskrzelowej.

Jednostronność sprawy nieodwołalnie przemawiała za istnieniem miejscowej przyczyny powodującej dychawicę jednostronną (prawą). I rzeczywiście badanie prom. Roentgena wykryło dość dużą jamę, leżącą w najbliższem sąsiedztwie prawej wnęki płucnej. Ta właśnie jama, jako ciało poniekąd obce, drażniła obwodowe włókna nerwu błędnego i w ustroju uprzednio uczulonym (najprawdopodobniej przez prątki gruźlicze, gdyż ani w wywiadach ani przy badaniu żadnego innego ewentualnego źródła uczulenia wykryć nie zdołaliśmy) wywoływała napady dychawicy jednostronnej.

Omówiony powyżej przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stosunkową rzadkość przypadków dychawicy oskrzelowej jednostronnej, w dostępnem nam bowiem piśmiennictwie znaleźliśmy jedynie 2 przypadki L e v y - D o r n a, 1 przypadek S o m m e r b r o d t a oraz wzmiankę u O r t n e r a.

Jednostronność dychawicy u naszej chorej jest rzeczą wielkiej wagi dlatego jeszcze, że pozwala nam z całą ścisłością wniknąć w mechanizm wyzwalania napadów. Dopatrując się w opisanej powyżej jamie przywnękowej mechanicznego czynnika obwodowego, wyzwalającego napad u osobnika już uczulonego (eozynofilja), stajemy tem samem na gruncie mechaniczno-uczuleniowym (B e z a n ç o n i d e J o n g) powstawania dychawicy oskrzelowej w przebiegu gruźlicy płucnej. Opisany wyżej przypadek upoważnia nas do zajęcia tego stanowiska i na tem właśnie polega jego znaczenie.

Piśmiennictwo.

1) B a r t h A. Bronchialastma. Dtsch. med. Wschr. 45/1922. — 2) B e z a n ç o n i de J o n g. Asthme et sclerose pulmonaire. Presse med. 90/1920. — 3) B i a ł o k u r. Stany astmatyczne jako odległy skutek zakażenia gruźliczego. Lek. Wojskowy. 4/1927. — 4) B i r s t e i n. O wzaimnootnoszenji mieżdu bronchialnoj astmoj i tuberkułozom. Woprosy tuberkułozy. T. I. 1923. — 5) B u t a l i n i. Bronchialasthma und Tuberculose. Dtsch. med. Wschr. 1922. — 6) C h e ł m o ń s k i. Zur Patogenese d. Asthma bronchiale. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 105/1912. — 7) D ą b r o w s k i K. Dychawica oskrzelowa a gruzlica. Gruźlica 1927. — 8) D a n i e l o p o l u. Sur la pathogenie de l'asthme. Presse Med. 1925. — 9) D ł u s k i i G a ł ę c k i. (cyt. wg. G a n t z a). — 10) G a n t z M. Astma i gruźlica. W. Czas. Lek. 21—22, 1930. — 11) G r o s s f e l d. Dusznica oskrzelowa i t. d. P. G. L. 2—3 1927. — 12) J a n k o w s k i. Etjologja i patogen. dychawicy oskrzelowej. P. G. L. 1/1930. — 13) J e z i e r s k i. Dychawica oskrzelowa. P. A. M. W. — T. V/1927. — 14) L a n d a u i J o c h w e d s. O wtórnych stanach bronchospastycznych. Warsz. Czas. Lek. 39—40/1929. — 15) L u b i e n i e c k i. O roli ukł. nerw. w dychawicy oskrzelowej. P. A. M. W. V/1927. — 16) L e v y - D o r n. Ein asthmatischer Anfall im Rentgenbilde Berl. klin. Woch. 47/1896. — 17) M a r f a n. L'asthme de nourissons. Presse med. 49/1920. — 18) M o r a w i t z. podr. K r a u s a - B r u g s c h a. — 19) R e d e l. W sprawie etjologji i leczenia dychawicy. W. Cz. Lek. 1/1925. 20) R u s c h e r. Ref. Pol. Gaz. Lek. 5/1922. — 21) S e r g e n t i K o u r i l s k y. Presse Med. 11/1930. — 22) S o m m e r b r o d t. Berl. kl. Wschr. 11/1884. — 23) S o k o ł o w s k i. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych (1902—1906). — 24) S t a r k i e w i c z. Pol. Gaz. Lek. 22/1925 (referat). — 25) W a j s i W a s e r m a n. Dychawica oskrzelowa. Medycyna. 2—3/1928. — 26) W e r n s c h e i d. Klin. Woch. 1924/II. (Ref.).

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI, Asyst. Kliniki. Lwów.

O tak zwanym „Chancre tuberculeux" wargi górnej.

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. J. L e n a r t o w i c z.

Przypadek dotyczy 15-letniego chłopca, pochodzącego ze wsi. W wywiadach rodzinnych i osobistych chorego niema nic szczególnego. Sprawa chorobowa na wardze górnej trwa podobno od roku. Rozpoczęła się powstaniem guzka, wielkości główki szpilki, w sąsiedztwie prawego kąta ust na wardze górnej. Zmiana ta stopniowo powiększała się do wielkości obecnej i była pokryta zawsze suchym strupem barwy brunatnej i łuskami. Jakichkolwiek dolegliwości w jamie nosowej i ustnej chory nie odczuwał. Dotychczas nie leczył się z powodu tego cierpienia.

Chory wzrostu średniego, budowy kośćca proporcjonalnej. Skóra barwy ciemnej, na kończynach wykazuje żywą grę naczyń pod postacią tak zwanej skóry marmurowej. Podściółka tłuszczowa niezbyt obfita, skóra elastyczna, łatwo dająca się ująć we fałdy. Włosy ciemno-blond, gęste, pod pachami brak owłosienia, na wzgórku łonowym zaznacza się początkujące owłosienie. Na skórze tułowia daje się wykazać żywa dermografja biała. Na kończynach, zwłaszcza dolnych, silna sinica obwodowa.

Skóra twarzy wykazuje kilka drobnych blizenek pourazowych, poza tem liczne, drobne piegi. Zmiana na wardze górnej po stronie

prawej, przedstawia się jako okrągła blaszka, o średnicy 1.5 cm, wystająca ponad powierzchnię o 1 mm, ostro odgraniczająca się od reszty skóry zdrowej. Dolny brzeg tego wykwitu przechodzi częściowo na czerwień wargi górnej. Całe ognisko pokryte jest wyniosłym, wielowarstwowym strupem, barwy brunatno-żółtej, z głębokiemi brózdami. Przy ujęciu we dwa palce, wyczuwa się twardy naciek, głęboko sięgający w tkankę podskórną. Po usunięciu strupa za pomocą maści borowej, ukazała się blado-różowa powierzchnia zmiany o wyglądzie połyskującym, z środkiem nieco



Na rycinie uwydatnia się obrzęk wargi górnej i powiększenie gruczołów podszczękowych.

wklęśniętym. Na obwodzie zaznacza się wyraźny wał, o przebiegu nieregularnym, na którego szczycie widać uniesiony przyskórek barwy perłowej, dający wiele podobieństwa do sprawy nowotworowej. Środek wykwitu pokryty częściowo łuskami, częściowo brunatnemi łuseczkami hyperkeratotycznemi. Dalej stwierdza się brak jakichkolwiek śladów owrzodzenia w ścisłem tego słowa znaczeniu. Twardy naciek dookoła tej zmiany uwydatnia się szczególnie na czerwieni wargi górnej, wypuklając ją wyraźnie ku dołowi. Przy uciśnięciu szkiełkiem (diascopii) nie stwierdza się typowego obrazu dla tocznia pospolitego. Warga górna w całości nieco obrzękła, a wejście do jamy nosowej po stronie prawej nieco zwężone i zniekształcone.

Błona śluzowa wargi górnej, jakoteż jamy ustnej w całości bez zmian. Uzębienie zupełne, bez zębów nadpsutych. Gruczoł podszczękowy prawy powiększony do wielkości jaja gołębiego, twardy, niebolesny, uwydatnia się nawet przy oglądaniu z daleka. Inne gruczoły: nadobojczykowe, szyjne, karkowe, tak po stronie prawej jak i lewej nieznacznie powiększone. Reszta gruczołów tak tułowia jak i kończyn bez zmian.

Poza zmianą na wardze górnej, nie stwierdza się jakichkolwiek zmian na skórze tak tułowia jak i kończyn.

Narządy wewnętrzne: klinicznie bez zmian.

Prześwietlenie Roentgenem klatki piersiowej wykazuje cienie wnękowe o nielicznych powiększonych gruczołach.

Badanie laryngologiczne stwierdza naciek w przewodzie nosowym prawym, obejmujący także muszle nosowe. Po stronie lewej naciek przechodzi w owrzodzenie, niszczące przegrodę nosową.

Mocz: bez zmian. Badanie surowicy wyciśniętej z wykwitu pod ultramikroskopem na krętki blade, dało wynik ujemny.

Obraz cytologiczny krwi: segmentowanych 66%, pałeczkowatych 2%, limfocytów dużych 4%, małych 20%, monocytów 6%, eozynochłonnych 2%.

Odczyn Wassermanna i Sachsa-Georgjego: ujemny.

Odczyn Pirqueta: wybitnie dodatni.

Odczyn luetynowy: ujemny.

Odczyn Mantoux: wybitnie dodatni.

Rozczyn tuberkuliny Kocha 1:10,000, zastosowany podskórnie dał bardzo silny odczyn ogólny pod postacią gorączki 37,9° Cel., bólów głowy i osłabienia ogólnego. Odczyn miejscowy na ramieniu pod postacią obrzęku i rumienia o średnicy 3 cm, z obwódką zapalną szerokości 2,5 cm, wreszcie odczyn ogniskowy w postaci większego obrzęku ogniska chorobowego, zaczerwienienia i większej soczystości. Jako ciekawe spostrzeżenie trzeba zanotować fakt, że po tem podskórnem wstrzyknięciu tuberkuliny, — zaostrzyły się poprzednie odczyny tuberkulinowe (Pirqueta, Mantoux), a także zaostrzyło się miejsce w którem wstrzyknięto luetynę. Zareagowały też silnie miejsca na skórze, w których wstrzykiwano dla kontroli rozczyn fizjologiczny NaCl.

Skrawek z ogniska chorobowego zbadany histologicznie przez Kol. A. Eljaszównę, wykazał następujące zmiany:

Naskórek w całości dobrze utrzymany; nigdzie nie stwierdza się przerw w jego ciągłości. Warstwa rogowa wykazuje rogowacenie nadmierne oraz bardzo znaczną parakeratozę .Warstwa kolczasta jest rozszerzona, czopy międzybrodawkowe bujają w głąb. Cały przekrój skóry jest zajęty przez naciek złożony z limfocytów i licznych komórek olbrzymich. Na niektórych preparatach widoczne jest ugrupowanie tych elementów w gruzełki, na innych naciek jest bardziej rozlany. Naciek ten sięga ku górze do granicy skóry i naskórka, powodując zatarcie warstwy brodawkowej i przechodzi wreszcie ku dołowi do tkanki podskórnej. Szczególnie w głębszych częściach napotkać można ogniska nekrotyczne i skupienie leukocytów. Tkanka podstawowa uległa zupełnemu zniszczeniu, tylko w warstwie brodawkowej widoczne są włókna klejorodne. Naczynia są nieliczne, przeważnie w górnej warstwie skóry, o ścianie cienkiej. Całość obrazu histologicznego odpowiada *lupus vulgaris*, przechodzący w postać *verrucosus*. Badanie preparatów na prątki Kocha dało wynik ujemny.

Jak z opisu wyżej podanego przypadku wynika, zasługuje on na uwzględnienie z powodu pewnych trudności rozpoznawczych. Przedewszystkiem łudzące podobieństwo kliniczne do dwóch spraw chorobowych, diametralnie różnych. A więc obwodowe uniesienie przyskórka, o brzegach zatoczystych, i połysku perłowym, kazało w tym przypadku myśleć o nabłoniaku. Zapewne, że młodociany wiek chorego i inne szczegóły przemawiały przeciw temu, lecz w każdym razie podobieństwo kliniczne było bardzo znaczne. Wykluczenie jednak drugiej sprawy, a mianowicie wrzodu pierwotnego kiłowego, wymagało już zastosowania całego szeregu pomocniczych badań klinicznych i laboratoryjnych.

Nasuwa się tutaj zasadnicze pytanie czy słusznem jest określanie tego rodzaju przypadków gruźlicy skóry mianem: „chancre", względnie „chancriforme". Sądzę, że takie podkreślanie klinicznych podobieństw jest słuszne i celowe, gdyż pamięć o takich postaciach ochroni nas niejednokrotnie od błędów rozpoznawczych, chociaż pojęcia te nie mogą być wyrazem jakichś nowych postaci gruźlicy skóry, gdyż okazują się one wkońcu, albo gruźlicą wrzodziejącą lub też tocznłem pospolitym. Na podstawie dotychczas ogłoszonych przypadków w piśmiennictwie można się spierać o to, czy wszystkie przypadki ogłoszone przez autorów jako *„tuberculosis chancriforme"*, były nią w istocie. Jeżeli bowiem przytoczę przypadek Miliana u 10 miesięcznego dziecka, ze zmianą na brodzie, z wielkim pakietem gruczołów i prątkami Kocha wykazanemi w treści owrzodzenia, — to z opisu nabierzemy przekonania, że był to przypadek gruźlicy wrzodziejącej u dziecka z gruźlicą organów wewnętrznych. Dalej przypadek Pautrier'a i Ferneta, u 26 letniej kobiety z owrzodzeniem o średnicy 1 cm na wardze górnej, przypadek E. Brunsgaarda, u 13 miesięcznego chłopca na brodzie z zajęciem okolicznych gruczołów, przypadek Haxthausena z owrzodzeniem gruźliczem na głowie u 3-letniej dziewczynki, gdzie wykazano prątki Kocha w wydzielinie i w tkance, dalej przypadek Galewsky'go, z owrzodzeniem gruźliczem na wardze dolnej u 9 letniego chłopca, które to owrzodzenie było bardzo podobne do pierwotnej zmiany kiłowej, wreszcie przypadki Lortat-Jacoba, Delillea, Krena, Siemensa, Langa i innych. Wszystkie, wyżej pokrótce wymienione przypadki, ogłoszone jako *„tuberculosis chancriformis"*, były typowemi owrzodzeniami gruźliczemi z wszelkimi objawami klinicznemi, biologicznemi i histologicznemi.

Nic też dziwnego, że Lewandowsky, w swojej monografji o gruźlicy skóry, umieścił *„chancre tuberculeux"* wśród grupy gruźlicy wrzodziejącej prosówkowej, gdyż ogłoszone i opisane przypadki tym pojęciom odpowiadały. W tem samem miejscu cytuje jednak Lewandowsky przypadek M. Miyahary,

który nie był zwykłą gruźlicą wrzodziejącą wargi górnej, a który pod wieloma względami miał dużo cech wspólnych z przypadkiem opisanym przezemnie, chociaż w niektórych szczegółach się różnił.

Z tych względów przytoczę przypadek Miyahary nieco szczegółowiej. Dotyczył on 28 letniego mężczyzny, u którego w okolicy lewego kąta ust i w zakresie czerwieni wargi dolnej wystąpiła nieowrzodziała blaszka, o średnicy 1,5 cm, okrągła, wystająca ponad powierzchnię o 1 mm. Brzegi tej zmiany były uniesione, środek wklęśnięty, na obwodzie białe plamki i t. zw. „Stippchen". Powierzchnia wykwitu była gładka, lśniąca, barwy niebieskawo-czerwonej, nie wykazująca nigdzie jakiegokolwiek owrzodzenia ani nadżarcia. Warga w całości była obrzękła, twarda, a gruczoły podszczękowe wybitnie powiększone, nie bolesne. Po wewnętrznej stronie policzka na błonie śluzowej wystąpił po pewnym czasie guzek, który szybko się rozpadł i w którym z łatwością po wycięciu wykazano utkanie gruźlicze. Wtedy dopiero przystąpiono do wycięcia blaszki na wardze dolnej i po zbadaniu histologicznem stwierdzono: względnie skąpo rozsiane i bardzo ostro odgraniczone małe gruzełki ze szczególnem umiejscowieniem przy ścianach naczyń i drogach limfatycznych. Wreszcie uderzało umiejscowienie gruzełków tuż pod przybłonkiem. Sam naskórek w całości dobrze utrzymany, gdzieniegdzie przepojony leukocytami i nieco obrzękły. Brak owrzodzenia we wszystkich preparatach.

Jak widzimy, wspólną cechą przypadku Miyahary i tutaj opisanego naszego, jest brak owrzodzenia tak w obrazie klinicznym jak i histologicznym. I to właśnie różni te przypadki od wszystkich wyżej przytoczonych. Jeżeli chodzi o podobieństwo kliniczne ze zmianą pierwotną kiłową, to właśnie te dwa przypadki dają owo łudzące podobieństwo. W owrzodzeniu pierwotnem bowiem uderza nas nie owrzodzenie, które jest zwykle bardzo powierzchowne, lecz zwraca uwagę połysk, barwa, naciek blaszkowaty, kształt kolisty i obrzęk gruczołów sąsiednich. Te wszystkie cechy miał przypadek przez nas opisany.

Dlatego uważam, że nadanie tego rodzaju przypadkom nietypowej gruźlicy skóry i błon śluzowych, określenia uwydatniającego jego kliniczne podobieństwo do owrzodzenia pierwotnego kiłowego, — jest zupełnie słuszne.

Dr. Adam STADNICKI, Sekundarjusz Szpit. Powsz. Lwów.

Kilka uwag o stosowaniu Calcium-Dipurin i Jod-Calcium-Dipurin.

Z Oddziału Wewnętrznego I. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.
Kierownik: Prym. Doc. Dr. W. Czernecki.

Wysokie ciśnienie i dolegliwości z niem związane mają niewątpliwie duże znaczenie dla lekarza praktyka.

Zagadnienie wysokiego ciśnienia zajmuje wybitnych klinicystów pozostając ciągle kwestją sporną i otwartą.

Jeżeli chodzi o przyczynę wysokiego ciśnienia, to jedną z najdawniejszych teorji jest teorja Traubego, wedle której zawsze przy wysokiem ciśnieniu powinno się myśleć o pierwotnem schorzeniu nerek. Następnie zaś mamy szereg innych teoryj tłumaczących wysokie ciśnienie jako następstwo miażdżycy tętnic, lub też stanów skurczowych naczyń krwionośnych dalej, zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, lub też jako następstwo zakażenia lub zatrucia ustroju.

Zagadnienie wysokiego ciśnienia jest kwestją otwartą, dla praktyka jednak mają duże znaczenie środki lecznicze, które powodując obniżenie ciśnienia dają poprawę stanu chorego tak podmiotową jak i przedmiotową.

Najczęściej stosowanemi przetworami jest: Theobromina, jej sole oraz jej połączenie z wapniem, oraz z wapniem i jodem. Te ostatnie są wyrabiane obecnie już w kraju przez wytwórnię chemiczno-farmaceutyczną „GEO" w Warszawie.

Theobromina posiada działanie moczopędne, nie działając na miąższ nerki, powodując jedynie lepsze jej ukrwienie, a dalej rozszerza ona naczynia krwionośne serca, wywołując lepsze jego odżywienie, oraz rozszerza naczynia jamy brzusznej i jelit powodując tem odciążenie serca i zmniejszając jego pracę.

Połączenie Teobrominy z wapniem — *Calcium-Dipurin Geo* — jest pod względem chemicznym *Theobrominum-Calcium-salicylicum,* o zawartości około 48% Theobrominy i 11% wapnia.

Przetwór ten przedstawia się jako biały proszek o smaku początkowo słodkawym później gorzkim, bardzo słabo rozpuszczalny w wodzie.

Calcium-Dipurin posiada to samo zastosowanie, co *Theobrominum natriosalicyl.*, czyli *Diuretinum* — przyczem jest lepszą od tamtej o tyle że nie posiada smaku ługowatego jak diuretyna przez co łatwiej ją chorzy znoszą, a dalej, że nawet przy dłuższem stosowaniu nie wywołuje żadnych przypadłości żołądkowo-jelitowych.

Dzięki zawartości wapna wywiera silniejsze działanie na serce, naczynia krwionośne i nerki.

Calcium-Dipurin podaje się 3 do 6 razy dziennie po 0,50. Drugi z przetworów *Jod-Calcium-Dipurin* przedstawia się pod względem chemicznym jako połączenie 5 części *Calcium-Dipurin* z jedną częścią jodku potasu.

Kombinacja z jodem nadaje się znakomicie, by wznowić pomyślny wpływ jaki wywiera *Calcium-Dipurin* na hypertonję, dusznicę bolesną, dychawicę sercową i oskrzelową.

Jod-Calcium-Dipurin stosuje się 3 razy dziennie po 0,6 po jedzeniu. Dla bliższego zapoznania się z działaniem *Jod-Calcium-Dipurin* i *Calcium Dipurin „GEO"* pozwolę sobie przytoczyć obserwacje niektórych przypadków chorobowych dokonanych na Oddziele W. I. w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie, Prym. Doc. W. Czerneckiego, w których zastosowano *Jod-Calcium-Dipurin* z wynikiem zupełnie zadowalającym.

Przypadek I.: Chory B. K., l. 45, który od roku odczuwa bicie serca i duszność zwłaszcza po wysiłkach fizycznych, uderzenia krwi do głowy oraz bicie serca. Przed tygodniem miał napad silnej duszności z powodu którego zgłasza się 15. I. do Szpitala.

Badaniem stwierdza się: wypuk krótszy w szczytach, obniżenie granic płuc, przysłuchem świsty i furczenia.

Serce: uderzenie końca serca $1^1/_2$ palca na zewnątrz linji sutkowej, tony — czyste nieco głuche.

Prześwietlenie klatki piersiowej: szczyty gorzej powietrzne, zmiany gruczołowe, przepony gorzej ruchome. Serce o powiększonej komorze lewej, aorta w całości o cieniu gęstszym i szerszym.

Rozpoznanie: *Emphysema pulmonum, bronchitis, atheromatosis, dilatatio cordis.*

Odczyn Wassermanna: ujemny.

Ciśnienie krwi: RR. 210 mm. Hg.

15. I. podano *Jod-Calcium-Dipurin* 3 razy dziennie po jednej tabletce.

19. I. chory czuje się lepiej, — bicie serca zmniejszyło się, ciśnienie spadło do 180 mm słupa rtęci.

25. I. chory czuje się dobrze, ciśnienie obniżyło się do 165 mm. Hg. i na tym poziomie utrzymywało się aż do końca pobytu w Szpitalu (11. II.), przez cały czas zażywał 3 razy dziennie po jednej tabletce *Jod-Calcium-Dipurin,* żadnych objawów nietolerancji nie zauważono.

Przypadek II.: Chory M. M., l. 35, rolnik, zgłasza się do Szpitala 30. I. z powodu duszności występującej napadowo, która ostatnio zwiększyła się; napady powtarzają się częściej i są połączone z kaszlem, przyczem odksztusza plwocinę bardzo skąpą. Badaniem stwierdza się obniżenie granic płuc na szerokość 7 palców poniżej kątów łopatek, przysłuchem: wydech długi pokryty świstami, w dolnych częściach wilgotne rzężenia. Serce w granicach prawidłowych, tony serca czyste. Mocz bez zmian, we krwi eozynofilia (9%).

Rozpoznanie: *Emphysema pulmonum, bronchitis, Asthma bronchiale;* od pierwszego dnia pobytu zastosowano *Jod-Calcium-Dipurin* 3 razy dziennie po jednej tabletce; chory czuł się dobrze, odkrztuszał łatwo, napady duszności nie powtórzyły się.

Po 8 dniach na własne żądanie opuścił szpital.

Przypadek III.: Chory H. J., l. 47, *(nephritis chronica)* zgłasza się do Szpitala 16. I. do kontroli — skarży się na bicie serca.

Badaniem stwierdza się przerost serca, na lewo tony głuche. Ciśnienie 185 mm. Hg, Azot pozabiałkowy 35 mg %, w moczu ślad białka; w osadzie złuszczone nabłonki, nieliczne ciałka białe. i moczany bezpostaciowe.

Rozpoznanie: *Myodegeneratio m. cordis, adipositas, nephritis chronica.* U chorego zastosowano *Jod-Calcium-Dipurin* 3 razy dziennie po tabletce. Po tygodniu ciśnienie spadło do 170 mm. Hg. i na tym poziomie utrzymywało się przez cały czas pobytu w Szpitalu. Chory zażywał stale *Jod-Calcium-Dipurin* i czuł się dobrze.

Przypadek IV.: Chory B. W., l. 63, zgłosił się do Szpitala 17. II., od 2 lat cierpi na duszność i bicie serca, które nie pozwalają mu pracować. Od miesiąca duszność się wzmogła i pojawiły się zawroty głowy, przed 2-ma tygodniami wystąpił obrzęk kończyn dolnych.

Badaniem stwierdza się z tyłu obustronnie od kąta łopatki przytłumienie, ponad przytłumieniem szmery pęcherzykowe w dole osłabione, drżenie tamże zniesione.

Serce o wymiarach powiększonych na lewo, kąt wątrobowo-sercowy zatarty, pierwszy ton nad końcem serca nie czysty, wątroba powiększona, bolesna, sięga do pępka. Kończyny dolne obrzękłe. Mocz: ślad białka, w osadzie: złuszczone nabłonki, moczany, gdzieniegdzie ciałko czerwone; ciśnienie krwi RR. 195 mm. Hg.

Rozpoznanie: *Atheromatosis, incompensatio, hydropericardium, tumor hepatis.*

Terapia: Od pierwszego dnia zalecono choremu prócz leżenia, diety, *Jod-Calcium-Dipurin* 3 razy dziennie po jednej tabletce. Ilość dobowa moczu z początkowej 600 cm³ wzrosła po 4 dniach na 1700 cm³, również obniżyło się ciśnienie do 175 mm. Hg., duszność i bicie serca zmniejszyły się, płyn z klatki piersiowej i obrzęki kończyn cofały się. Po 10 dniach ciśnienie 160 mm. Hg. i na tej wysokości utrzymywało się przez cały czas leczenia. Ilość dobowa moczu dość wysoka, bo dochodząca do 2.000 cm³, duszność i bicie serca stopniowo zmniejszały się. Po 4 tygodniach na własne żądanie przed ukończeniem leczenia opuścił Szpital.

Przypadek V.: Chory S. H., l. 51, zgłasza się do Szpitala 16. IV. Do 49 roku życia był zdrów, od 2 lat ma duszność, która pod wpływem leczenia zmniejszyła się; przed 3-ma miesiącami stan znacznie się pogorszył, duszność wzmagała się zwłaszcza po najmniejszym wysiłku fizycznym, w górnej części mostka wystąpił ból, kończyny dolne obrzękłe.

Badaniem stwierdza się: wypuk jawny, granice płuc obniżone, mało ruchome. Przysłuchem szmery pęcherzykowe zaostrzone, świsty i furczenia. Serce: uderzenie koniuszkowe 2 palce nazewnątrz od linji sutkowej, na prawo lewy brzeg mostka, tony głuche. RR. 115 mm. Hg.

Rozpoznanie: *Myodegeneratio cordis, Athma cardiacum, Emphysema pulmonum, bronchitis.*

Choremu podano *Digitalis* oraz *Calcium-Dipurin* 3 razy dziennie po 2 tabletki.

19. IV. ilość dobowa moczu 1200 cm³.

25. IV. ilość dobowa moczu 1800 cm³, chory czuje się lepiej, duszność mniejsza, bóle w okolicy mostka mniejsze.

29. IV. dobowa ilość moczu dochodzi do 2000 cm³.

2. V. Chory czuje się znacznie lepiej, na własne żądanie opuszcza Szpital.

Jak więc wynika z przytoczonych przypadków uzyskiwałem przez stosowanie *Jod-Calcium-Dipurin „GEO"* obniżenie ciśnienia około 20 do 40 mm słupa rtęci, równolegle z tem poprawiał się stan chorych, gdyż pierwotne dolegliwości w postaci czy to bólów głowy, zawrotów głowy, bezsenności, uderzenia krwi do głowy lub uczucia gniecenia poza mostkiem w górnej jego części cofały się.

Stan chorych poprawiał się, samopoczucie stawało się lepsze. Również w przypadkach z niskiem ciśnieniem, gdzie istniały dolegliwości ze strony serca, przez zastosowanie *Calcium-Dipurin* w dawce 3 razy dziennie 2 tabletki, uzyskiwałem znaczną poprawę stanu i wzmożenie diurezy.

Dokonane dotychczas spostrzeżenia kliniczne nad *Calcium-Dipurin* i *Jod-Calcium-Dipurin „GEO"* i w innych Szpitalach potwierdzają dodatni wpływ tego środka, który może być stosowany z dobrym skutkiem w przypadkach hypertonji, dychawicy oskrzelowej, dusznicy bolesnej oraz jako środek moczopędny i może z dobrym wynikiem zastąpić odpowiednie środki zagraniczne jak *Calcium-Diuretin* i *Jod-Calcium-Diuretin.*

Piśmiennictwo:

Prof. Dr. Jansen: Die Bedeutung des hohen Blutdrucks. — Dr. Z. Stein: Ueber Blutdruckherabsetzung. — Dr. Reichert i Dr. C. Włodawerówna: Spostrzeżenia nad stosowaniem Calcium-Dipurin i Jod-Calcium-Dipurin.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Claude Béclère: *La perméabilité et les obturations tubaires.* Masson et Cie. Paris, 1929. — str. 245.

W tej pięknie wydanej i obszernej monografji traktującej jedynie o uterosalpingografji dzieli się autor swojem doświadczeniem uzyskanem w kilkuset przypadkach prześwietleń trąbek i macicy. Omawia technikę zabiegu, stany normalnej drożności trąbek, rozmaite stany niedrożności trąbek, ich przyczyny i skutki z uwzględnieniem na pierwszem miejscu niepłodności. Główną i najcenniejszą zaletą monografji jest nagromadzenie około 70 reprodukcyj obrazów roentgenowskich macicy i trąbek, przyczem logiczne i przejrzyste objaśnienia uczą czytać obrazy roentgenowskie salpingografji w sposób pewny i nie ulegający wątpliwości. Zwrócić uwagę należy na to, że przy obrazach nasuwających wątpliwości rozpoznawcze, wykonuje autor zawsze zdjęcie kontrolne po 24 godzinach, które pozwala na sprecyzowanie i postawienie pewnego rozpoznania, co do stopnia i rodzaju niedrożności trąbek. Jako płynu kontrastowego używa autor lipiodolu. Styl jasny i zwięzły. Monografja ta winna się znaleźć w rękach każdego ginekologa i roentgenologa zajmującego się utero-salpingografją.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

M. Kirschner u. O. Nordmann: *Die Chirurgie,* II Bd, 2 Teil: Ed. Rehn: Die Chirurgie des Herzens und Herzbeutels; R. Stich u. W. v. Gaza. Die Chirurgie der Arterien und der Venen. Str. 161, 43 rysunków w tekście i 5 barwnych tablic. Urban i Schwarzenberg. Wiedeń-Berlin.

Jedną z głównych zalet wielkiego wydawnictwa Kirschnera-Nordmanna jest opracowanie poszczególnych działów chirurgji nietylko według okolic ciała, ale też według układów utworzonych przez pewne narządy lub tkanki. Do takich należy omawiany zeszyt, w którym nazwiska autorów mówią same za siebie. W pierwszej części pomieszczono dane embrjologiczne, anatomiczno-fizjologiczne, oraz interesujące chirurga zagadnienia sprawności operacyjnej i śmierci w narkozie; dalszy ciąg stanowi świetną monografję schorzeń chirurg. serca i osierdzia objaśnioną historjami chorób i doskonałemi rycinami. To samo tyczy się, drugiej części obejmującej dane z fizjologji naczyń, ciekawy ten ustęp o zboczeniach układu naczyniowego obwodowego, uszkodzenia, procesy zapalne, żylaki oraz inne schorzenia tętnic i żył. Napisane bardzo treściwie i starannie. Całość stanowi jedną z najlepszych części wielkiego dzieła.

Hilarowicz (Lwów).

C. Sobre-Casas: *Chirurgie des voies biliaires, spiro-cholécystostomie.* 120 str. Paryż. Masson 1928.

Dziełko dobrze ilustrowane zawiera głównie opis szczególnej metody, która ma zastąpić zwykłe wycięcie woreczka żółciowego; metoda ta zwana spiro-cholecystostomją polega na otwarciu woreczka i drenowaniu go, przyczem spiralnie owiązująca go nitka przyciska ściany do drenu, lub też na wycięciu lub wyskrobaniu błony śluzowej i zeszyciu pozostałych ścian. Historje choroby operowanych przypadków. Operacja ta jest analogiczną do wypalania błony śluzowej stosowanego przez Přibrama, a ma na celu również unikanie wycinania woreczka w celu złagodzenia zabiegu (przypisek referenta).

Hilarowicz (Lwów).

L. Duvernay: *L'arthrite chronique de la hanche.* 148 str. 40 fr. Masson 1930.

Omawia tu autor przewlekłe zapalenia stawu biodrowego, usiłując opanować całokształt sprawy na podstawie swego doświadczenia, to mu się w zupełności udaje, co należy podnieść, ponieważ schorzenia tego stawu stanowią bardzo ważny dział w patologji schorzeń stawów.

D. uzasadnia podział na:

arthritis simplex
proliferans
ankylosans
deformans.

Podczas, gdy w postaci pierwszej zmiany są nieznaczne, polegające na obecności skąpych nierówności na powierzchni stawowej i zwężeniu szpary stawu, w postaci drugiej obserwujemy już znaczne narośla kostne na główce i brzegach panewki. W *arthr. ankyl.* zmiany usadawiają się śródstawowo i prowadzą do zupełnego zniknięcia szpary stawowej. Jest to postać rzadsza. W postaci zniekształcającej zmiany tyczą nie tylko brzegów panewki i główki — jak w *arth. prolifer.* ale i powierzchni stawowych, dzięki procesom niszczącym i bujającym.

Przy oglądaniu zdjęć roentg. rzuca się w oczy ciekawy szczegół, mianowicie, że w jednych przypadkach mimo obecności charakterystycznych zmian, struktura ogólna biodra pozostaje zachowana, w innych natomiast ulega poważnym zmianom, dając obraz ciężkiego schorzenia.

W patogenezie przewl. zapalenia stawu biodr. należy uwzględnić dwa czynniki: dawny — w postaci zniekształceń, powstałych w okresie od urodzenia do 8-go r. ż., i świeży — w postaci urazu, zakażenia i zatrucia. Pierwotne zniekształcenia biodra nie są tak rzadkie, jak sądzimy, stanowiąc ważny czynnik, usposabiający do przewl. zmian zapalnych.

Przewl. zapalenie biodra jest często schorzeniem poważnem, mając nieznaczną tylko skłonność do samoistnego gojenia się,

zwłaszcza, gdy chodzi o postać zniekształconą, której ważnym i niemiłym objawem jest dokuczliwa bolesność.

Uwagi autora, oparte na bogatem doświadczeniu i przestudjowane w licznych poprzednich pracach (*Rôle des malformations congénitales et infantiles dans les arthrites de la hanche de l'adulte, Arthrites de la hanche et malformations infantiles, De l'arthrite chronique de la hanche chez l'adulte, Etude sur la cavité cotyloïde normale* i t. d.), stanowią cenną korzyść dla czytającego, tembardziej, że autor wyjaśnia niektóre niewytłumaczone jeszcze zagadnienia.

Najbardziej niewdzięczny do opracowania był dla autora rozdział o leczeniu, które w ostatnich czasach nie przyniosło niczego nowego.

Z zabiegów chirurgicznych najlepsze wyniki daje operacyjne usztywnienie biodra, zwłaszcza, gdy chodzi o usunięcie znacznej bolesności (w postaci zniekształc.). Autor nie jest zwolennikiem artroplastyki, stosując ją w wyjątkowych przypadkach (obustronne zesztywnienie).

Jeszcze raz muszę zaznaczyć, że z całej pracy w ogólności, a z rozdziału o patogenezie w szczególności, przebija wielkie doświadczenie autora w omawianej sprawie chorobowej.

Z piśmiennictwa podano 80 prac. Praca zawiera 48 udatnych radjogramów na kredowym papierze.

Janik (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 37, z 11 września 1930: H. Brokman: Cechy aliergiczne w chorobach zakaźnych. — H. Higier: O angiospazmach oraz ich znaczeniu diagnostycznem i patogenetycznem w chorobach mózgowych (dok.). — A. Siedlecka: Jeszcze o szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terryego). — Nóż podwójny do wykonywania skrawków. — St. Hirszberg: O trudnościach rozpoznawczych w kile pierwszorzędowej i wartości leczenia poronnego (Streszcz. pogl.). — M. Kacprzak: Z zagadnień sanitarnych Francji (c. d.).

Lekarz wojskowy, rok X, tom 16, nr. 1, z 1 lipca 1930: K. Karaffa-Korbutt: Statystyka sanitarna jako podstawa nauczania higjeny społecznej. — St. Wojnar: Wpływ tkanin użytych jako koszulki katatermometru Hilla na jego wskazania. — H. Dynkiewicz: Przypadek niedowładu kończyny po rażeniu piorunem. — A. Kiakszto: Do kazuistyki obcych ciał w przełyku. — A. Kiakszto: Uchyłek Meckela, jako przyczyna niedrożności jelit.

Medycyna praktyczna, rok IV, zeszyt 8, z r. 1930: L. Korczyński: Wytyczne dla kliniki leczenia t. zw. reumat. schorzeń stawów. — L. Banaszkiewicz: Obecny stan nauki o kosmówczakach, rzadki przypadek kazuistyczny. — M. Staroniewicz: Kryterja czynności procesów gruźliczych.

Kronika dentystyczna, rok XXV, nr. 7—8, za lipiec-sierpień 1930: J. Śmietański: Przypadek zeschnięcia śluzówki jamy ustnej. — D. Kon: Dwa przypadki z praktyki. — Schwarz. Naświetlanie promieniami pozafjołkowemi.

Przemysł chemiczny, nr. 17, z września 1930: W. Świętosławski i J. Pfanhauser: Z badań fizyko-chemicznych nad mieszankami spirytusowemi III. — W. Syniewski, A. Joszt i Kuniński: O ciągłej fermentacji skrobiowych zaciorów gorzelniczych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 37, z 14 września 1930: Szancer: Alkoholowy ług potasowy. — Z praktyki zawodowej. — Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 18, z r. 1930: S. Popowski: O czem należy pamiętać po powrocie do miasta. — Elbe: Jak przedłużyć dobroczynny wpływ pobytu na wsi. — J. Wiszniewski: Cechy zdrowego niemowlęcia. — L. Rom: O dziecku bojaźliwem. — M. B.: Nagroda. — Fr. Braunowa: Ciapek.

Therapia nova, rok II, nr. 8, ze sierpnia 1930: S. Kramsztyk: Wydzielanie wewnętrzne gruczołów płciowych. — D. W.: Kilka uwag o dusznicy bolesnej i jej leczenie. — K. Glazów: Parę słów o działaniu radu na żywą tkankę, oraz o zastosowaniu tegoż jako nowoczesnego środka leczniczego.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 18, z 15 września 1930: Wybory do Sejmu i Senatu, a lekarze. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — J. Rutkowski: O organizacji oddziału chirurgicznego (dok.). — M. Krakowski: Odwrotna strona medalu. O czynnik zaufania w lecznictwie Kas chorych (dok.). — Z. Rudolf: Akcja społeczna, a sprawa mieszkaniowa. — S. Tenenbaum: Na marginesie orzeczeń niezdolności do pracy. — J. Bednarski: Sprawa lekarzy okręgowych. — H. Safian: Zagadnienie ogólne administracji sanitarnej na terenie powiatu.

Czystość, rok III, nr. 6, 7 i 8, z sierpnia 1930: M. Kacprzak: Wystawy a propaganda higjeny. — L. Sobieszczański: Cukrzyca i jej leczenie w zdrojowiskach krajowych. — L. Bremejsen: Zakażenie ustne. — A. D.: Allonal „Roche" w dentystyce. — M. Grojniec: Jak zwalczać partactwo dentystyczne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 3.

E. Leuret, S. Caussimon, P. Daydrein: *Przyczynek do studjów doświadczalnych nad zaburzeniami nerwowemi w czasie leczenia odmą.* Autorzy stwierdzają doświadczalnie na zwierzętach, że t. zw. objaw opłucnowej epilepsji równie dobrze występuje po odmie u królików jak i u ludzi, dając te same objawy. Objawy doświadczalnego zatoru gazowego różnią się od zapodanego, zaś doświadczalne jego wywołanie nie daje obrazu epilepsji opłucnowej. Uraz drażniący zdrową opłucnę i warstwę korową płuc zwierząt bardzo rzadko wywołuje epilepsję opłucnową. Stwierdzali ją natomiast znacznie częściej w przypadkach zmian anatomicznych w tych narządach. Stąd wnoszą, że stan t. zw. *corticalitis* jest momentem usposabiającym i wyzwalającym odruch naczynioruchowy. Wytwarza się on w centrach mózgowych, a w szczególności w okolicy opuszki *(bulbus)*.

R. Burnand: *Odma „nienasycona"*. Rozpatruje zagadnienie tego rodzaju odmy, która wprawdzie należycie zastosowana i wykonana we warunkach pomyślnych, po kilku dopełnieniach jakoby znika, dając przy każdem dopełnieniu warunki takie jak przy zakładaniu pierwszej odmy. Szukając wytłumaczenia istoty tego stanu „nienasycenia" znajduje je autor w twierdzeniu, że zachodzi to zjawisko w przypadkach odmy przy płucu zdrowem, lub mało zmienionem. Zaradzić temu można podrażniając opłucną zastrzykiem 10—20 ccm oliwy gomenolowej.

F. Gomez: *O wynikach szczepień podskórnych B. C. G. u chorych gruźliczych.* Wstrzykiwania B. C. G. u chorych z gruźlicą płuc nie wywołują żadnych poważniejszych odczynów. Autor sądzi, że w ten sposób zdołał u chorych stan anergji przeprowadzić w stan allergji. Klinicznie stwierdzał rozwój procesów włóknistych, a więc objawy łagodnienia procesu gruźliczego. Wnioski opiera na 17 przypadkach klinicznych.

S. Gwezder-Pedoja, L. Kalmar: *O opadnięciu trzew u gruźliczych.* Autorzy wskazują, że szereg chorych na gruźlicę płuc miewa zaburzenia jelitowe z objawami jużto biegunek, bądźteż zaparcia stolca. Niezawsze są one tutaj wynikiem komplikacji z gruźlicą przewodu pokarmowego. Często chodzi tu o opadnięcie trzew, na co autorzy zwrócili uwagę badając roentgenologicznie przewód pokarmowy. W leczeniu radzą ograniczać białko (albuminy) i dbać o podniesienie wagi ciała. Przytem podają dokładny przepis tej diety.

Z. Tomanek (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Clinical Medicine and Surgery.

Vol. 37. Nr. 6. Czerwiec 1930.

G. B. Rice: *Dychawica, a nieżyt nosa przeczulicowy.* R. podaje sposób leczenia według La Forge i Haseltine'a. Polega głównie na uwzględnieniu czynnika jadowego w dychawicy.

E. Lissack: *Okresowe badanie zdrowia* .

K. P. A. Taylor (Gwatemala): *Leczenie płatowego zapalenia płuc wstrzyknięciami dopłucnemi krwi chorego.* T. poleca je ze względów teoretycznych. Leczenie to nie jest szkodliwe. Skuteczne też nie.

B. H. Frayzer: *Bractwa lekarskie w Północnej Ameryce.*

C. N. Collins: *Amytal sodowy, jako środek znieczulający.*

E. D. Levisohn i I. L. Sherry: *Ropień oczodołowy o nieznanej etjologji.*

Hal Bieler: *Gruczoły dokrewne, a szybkość opadania krwinek czerwonych.* B. rozważa znaczenie nadnerczy i związanej

z niemi przemiany fosforu, oraz znaczenie tarczycy i związanej z nią przemiany jodu w różnych chorobach. Hypofunkcja nadnerczy i hyperfunkcja tarczycy powodują przyspieszenie opadania krwinek czerwonych. Jest ono czułym wskaźnikiem choroby wogóle, wraz z poprawą zdrowia zaczyna być wolniejsze. Autor podaje swoistą dietę, podobną do Gersonowskiej.

H. R. Harrower: *Ocena odtruwania we wątrobie.* H. przypomina, że prócz kwasu moczowego, mocznika i t. d., wskaźnikiem jest też kwaśność moczu, ponieważ wątroba reguluje równowagę zasadowo-kwasową. Omawia kilka prób czynnościowych. Poleca wkońcu wytwarzaną przez siebie anabolinę, „hormon katalityczny wątroby", we wszystkich niedomogach czynnościowych wątroby.

G. M. Russel: *Rozmaite skutki zaparcia.* R. wylicza i podaje poprawę, jaką uzyskał, lecząc najróżniejsze choroby (lumbago, osłabienie nerwowe, niestrawność, nieżyt kiszek i t. p.), jako skutki zaparcia.

B. Sherwood-Dunn: *Nowe zabiegi na sterczu.* Opis.

B. Haseltine: *Dychawica oskrzelowa u dzieci.* H. zwraca uwagę głównie na czynnik jadowy, pochodzący przeważnie z ognisk w sąsiedztwie jamy nosowej (*ethmoiditis*). Dlatego leczenie polega na konserwatywnych lub chirurgicznych zabiegach rhinologicznych. Autor podaje głównie rokowanie i epikrisis. W szczegóły leczenia nie wdaje się.

Dr. Bincer (Kraków).

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XV. Nr. 7. Kwiecień 1930.

J. I. Farrell: *Wpływ nieżytu jelita grubego na trawienie w żołądku.* F. badał u psów wpływ na czynność ruchową żołądka, która w lżejszych nieżytach jelita grubego ulega pobudzeniu, w cięższych zwolnieniu. Czynność wydzielnicza natomiast w każdym wypadku była zmniejszona.

G. B. Lawson i K. T. Redfield: *Izohemaglutyniny u niższych zwierząt.*

J. H. Musser i A. W. Philips: *Porównanie ciśnienia krwi, azotu mocznikowego we krwi, próby fenolsulfoftaleinowej i badań moczu u starszych osób.* Autorzy przeprowadzali te badania u 50 osób powyżej lat 70, stwierdzili, że niema między niemi zgodności, jedne wypadają ujemnie, drugie dodatnio. Naogół 88% badanych wykazało jakieś zaburzenie nerkowe, wyrażające się czy to w podniesionem ciśnieniu krwi, czy w zmniejszonem wydalaniu fenolsulfoftaleiny, czy w podwyższeniu ilości azotu mocznika we krwi, lub obecności białka i wałeczków w moczu.

M. L. Tocantins: *Modyfikacja sposobu osłuchiwania opuku.* Zamiast układania stetoskopu nad danym narządem czy płynem, a więc nad stłumieniem, autor układa go nad sąsiednią okolicą wypuku jawnego i opukuje ku granicy narządu, stwierdzając nagłą zmianę odgłosu wypukowego zapomocą stetoskopu. W ten sposób oznacza granice serca, wątroby, wolnych płynów i t. d.

M. B. Coleman, H. H. Oweni, H. G. Dacy: *Zaczynianie węglowodanów przez drobnoustroje grupy abortus-melitensis.* Autorki te stwierdziły, że hodowla z typu krowiego zaczynia galaktozę, a z typu świńskiego nie zaczynia jej. Hodowle z krwi ludzi zakażonych *Brucella melitensis* wzgl. *abortus*, zachowują się odpowiednio do pochodzenia.

M. M. Peshkin i J. Beck: *Nowy uproszczony filtr powietrza w leczeniu gorączki i dychawicy siennej.* Nadto zbadali ilość pyłków chorobotwórczych w powietrzu nowojorskiem w miesiącach letnich. Najwięcej było z początkiem września.

V. Vermooten: *Cystoskopja u psów i suk.*

M. B. Vischer i A. G. Mulder: *Nowy przyrząd dla sztucznego oddychania.* Autorzy podają doświadczenia na zwierzętach.

J. R. Lisa i L. J. Biro. *Barwienie kontrastowe tioniną skrawków według Levaditiego.* Opis.

Hadjopoulos i Burbank: *Aleksyny i antialeksyny a technika hodowli z krwi.* Na podstawie doświadczeń nad działaniem różnych ciał, niszczących dopełniacz w surowicy krwi, polecają dla hodowli łańcuszkowca używanie 10% peptonu, ogrzanego do 37° i zobojętnionego 1% węglanem sodu. Pepton taki niszczy siłę bakterjobójczą surowicy krwi i ułatwia przez to hodowlę. Autorzy podają szczegółowo technikę, zwłaszcza dla hodowli łańcuszkowców przy gośćcu. Dzięki tej technice autorzy wyhodowali łańcuszkowca w około 10% gośćców.

M. S. Nichols i J. W. Jackson: *Stałe wzorce barwne dla oznaczania bilirubiny we krwi.*

M. B. Kurtz: *Ogrzewanie surowicy przy odczynie Kahn'a.*

Z. M. Flinn: *Odczyn Müllera* porównywa z odczynem Kahna.

B. S. Kline: *Odczyn drobnowidowy przy kile ze surowicą nieogrzewaną na szkiełku podstawowem.*

M. Beber i S. S. Pinto: *Sposób oznaczania zawartości wapnia w ropie.*

Vol. XV. Nr. 8. Maj 1930.

J. John: *Badania nad stosunkiem cukru w osoczu, a w ciałkach krwi u zdrowych i cukrzyków.* J. przeprowadzał te badania i stwierdził mniej cukru w krwinkach czerwonych, niż w osoczu, zwłaszcza u cukrzyków. Krwinki czerwone mają u cukrzyków mniejszą zdolność wchłaniania oraz zatrzymywania cukru, niż u zdrowych, jak wynika z badań po obciążeniu cukrem.

G. Turner: *Badania nad odbiałczaniem surowicy krwi.* Autor używa elektrolizy, dzięki czemu osiąga lepsze odbiałczenie i oddzielenie substancji trujących, co ma znaczenie przy sporządzaniu surowic leczniczych.

H. Koster, M. Goldzieher, W. S. Collens, J. E. Gerber: *Badania nad kwasem mlecznym we krwi.* I. Działanie glukozy i insuliny. Autorzy nie stwierdzili podwyższenia ilości kwasu mlecznego we krwi po podaniu dożylnem glukozy, insuliny, oraz obydwu tych ciał.

W. T. Vaughan: *Skutek odczynów allergicznych w przebiegu chorób niealiergicznych.*

W. L. Forsyth i Y. B. Abdoosh: *Znaczenie Bacillus Welchii w niedokrwistości złośliwej.*

C. L. Rose, H. W. Coles i H. E. Thompson: *O farmakologji środków, znieczulających miejscowo.*

R. L. Haden: *Oznaczenie ilości, objętości i wskaźnika objętości krwinek czerwonych.* Jako środka, zapobiegającego krzepnieniu używał H. 1,4% roztworu szczawianu sodowego. Przeciętnie objętość całości krwinek czerwonych wynosi u młodych mężczyzn 46% objętości krwi, u młodych kobiet 41%.

R. J. Pickard, L. F. Piercel, R. L. Worthington: *O hemoglobinometrach.* Autorzy poddają krytyce sposoby oznaczania Hb. W razie wątpliwości w oznaczaniu według wzorców, należy uciec się do stwierdzenia chemicznego. Hemoglobina ma 96% globuliny, 4% hematyny, zawiera żelaza 0,334%, czyli żelaza mieści się 1 mg w 300 mg hemoglobiny. Pojemność dla tlenu (Van Slyke) wynosi 1,34 cm^3 na gram hemoglobiny.

V. C. Myers i E. Muntwyler: *Kolorymetryczne oznaczanie pH moczu.* Metoda laboratoryjna.

A. H. Hoffman: *Uproszczony sposób obliczania ciałek białych.*

O. B. Pratt i H. O. Swartout: *Ocena kliniczna sposobu oznaczania cukru we krwi.* Autorzy polecają metodę Folin-Wu-Benedict'a.

C. Bruen: *Wzór karty dla obliczania diety cukrzyków.*

H. Tauber: *Modyfikacja techniczna mikrometody Folina dla oznaczania cukru we krwi.*

B. S. Kline i B. Levine: *Kliniczne i serologiczne porównanie 1000 odczynów strącania przy kile, z użyciem małych ilości odwłóknionej krwi z opuszki palca.* Autorzy podają metodę, którą uważają za czulszą od Wassermann'owskiej, a niemal za równie czułą, jak metoda mikroskopowa.

S. L. Leiboff: *Modyfikacja metody oznaczania cholesterolu we krwi.*

E. H. Maechling i F. B. Flinn: *Oznaczanie kolorymetryczne drobnych ilości arszeniku w tkankach.*

M. Joannides: *Przenośny przyrząd do odmy.*

Vol. XV. Nr. 9. Czerwiec 1930.

Zeszyt ten poświęcony jest zmarłemu patologowi Victor M. Vaughan.

Dr. Bincer (Kraków).

Piśmiennictwo niemieckie.
Medizinische Klinik.

Nr. 13 — 1930.

O. Bruns: *Zaburzenia czynnościowe aparatu przedsionkowego i ich następstwa, w szczególności choroba morska i jej leczenie.* Objawy i metody badania. Zależność nadwrażliwości przedsionkowej od ogólnej wrażliwości systemu wegetatywnego (d. c. n.).

C. Oehme i H. Paal: *Badania reakcji Reid Hunt'a szczególnie przy dychawicy oskrzelowej,* w której reakcja ta występowała u autorów w 70%.

J. Jacobi: *Znaczenie dla lekarza praktyka oznaczenia poziomu cukru we krwi.* Jedynie w lekkich przypadkach cukrzycy, leczonych głównie samą dietą, lekarz praktyk może obejść się bez badania cukru we krwi.

H. Cramer: *Studja nad nowoczesnem leczeniem światłem.* Lampa Vitalux.

W. Wachsmuth: *Rozpoznawanie schorzeń jamy brzusznej u psychicznie chorych.* Opis 2 przypadków.

H. van Rey: *Cieplice w Aachen.*

Dr. Slanck i Dr. Donalies: *Przyczynek do znajomości ostitis fibrosa.* Opis przypadku *ostitis fibrosa generalisata* i jednoczesnego *diabetes insipidus.* Wpływ przysadki i urazów mechanicznych na obraz chorobowy.

W. Hanebuth i H. Donalies: *O anomaljach położenia jelita grubego w obrazie roentgenologicznym.* Opis kilku przypadków.

A. Rohrbach: *Plastyczne badania roentgenologiczne żołądka i dwunastnicy.*

C. Oehme: *O urazowym zakrzepie żylnym na kończynie górnej.* Opis 3 przypadków.

H. Wassermeyer i A. Schäfer: *O donosowem zastosowaniu insuliny.* Insulina w ten sposób stosowana wykazuje tylko bardzo ograniczone działanie, w celach praktycznych trudno ją w ten sposób używać, chyba w przypadkach lekkiej cukrzycy. Wielkość dawki niema wpływu na poziom cukru we krwi.

F. Pinkus: *Choroby skórne.* Piśmiennictwo. Referat.

Nr. 14 — 1930.

R. Schmidt: *Patogeneza i klinika objawów bólowych przy angina pectoris.* Uciskowa bolesność lewego *plexus brachialis* i 5-go kręgu piersiowego w przypadkach dusznicy bolesnej, także i w okresie beznapadowym. Dla niektórych przypadków przyjmuje nadwrażliwość *plexus cardioaortalis,* przyczem nieznaczne zmiany w tętnieniu serca czy aorty są już momentem wywoławczym dla podrażnienia tego splotu i wystąpienia bólu. (d. n.).

W. Stepp i K. Gutzeit: *Przyczynek do znajomości stosunku między uchyłkami dwunastnicy, a schorzeniami wątroby i dróg żółciowych.* Ilustruje na 2 przypadkach jak uchyłki dwunastnicy, szczególnie blisko brodawki Vatera leżące, mogą wywołać ciężkie zaburzenia z dróg żółciowych z powodu ucisku mechanicznego wypełnionego uchyłku. Rozpoznanie roentgenologiczne umiejscowienia uchyłka umożliwia wskazanie operacyjne.

T. Brugsch i W. Grunke: *Leczenie błonicy surowicą błoniczą.* Obserwacja 180 przypadków stwierdza brak związku miedzy śmiertelnością, a ilością wstrzykniętych jednostek, natomiast wyraźny spadek procentu śmiertelności wraz z wcześniejszem zastosowaniem surowicy. Aby nie być odpowiedzialnym sądownie powinien zatem lekarz wstrzykiwać surowice w pierwszym dniu choroby w ilości około 500 jednostek na kg wagi (minimum 140 jednostek na kg).

H. Kleinschmidt: *Leczenie wgłobienia jelit w wieku dziecięcym.* Wczesne rozpoznanie (12 do 36 godzin) polepsza rokowanie i wyniki leczenia bezkrwawego, propagowanego przez duńskich autorów *(desinvaginatio* w narkozie przez *taxis* wgłobionej części), jako też i chirurgicznego.

L. Langstein: *O losie oseskόw morfinistek.* Na obserwowanym przypadku wykazuje możliwość uszkodzenia płodu morfinistki — dzieci takie zapadają łatwo na dekompozycję i są bardzo niespokojne tak, że trudno uniknąć podawania minimalnych dawek opium.

Dr. Mettenheim: *O leczeniu t. zw. reumatyzmu w wieku dziecięcym.*

H. Rietschel: *Czy istnieje czwarta, piąta i szósta choroba?* Nazwy powyższe powinny być zarzucone, gdyż chorobę czwartą (Filatow-Dukes) autor uważa za szkarlatynę o lekkim przebiegu lub rzadziej za inne wysypkowe choroby; piąta choroba jest to *erythema infectiosum* a szósta *exanthema subitum* (grypa). Przytacza obraz niejasnej dotychczas *febris miliaris (sudor anglicus, suette miliaire).*

W. Stoeltzner: *Przyczynek do znajomości mieszanek węglowodanowych w odżywianiu oseskόw.* Porównanie mieszanki dekstryny z maltozą Soxhlet'a i cukru dla dzieci Stoeltzner'a.

K. Stejskal: *O podniesieniu tolerancji u djabetyków,* przez dowóz węglowodanów, wcieraniem w powłoki skórne Dinutron'u oraz przez stosowanie śródskórnych zastrzyków wyciągu lipoidowego trzustki.

H. Brühl: *Przeciwkrzywicza wartość naświetlanego świeżego mleka.* Mleko naświetlane specjalną aparaturą Dr. Scholla (Hanau), jest bronią równorzędną z vigantolem i lampą kwarcową przy leczeniu i profilaktyce krzywicy.

D. Kwilecki i K. Silberstein: *Nasze doświadczenia z doustną insuliną.* Bezwartościowość cholosuliny Stephan'a w zastosowaniu klinicznem.

H. Bischoff: *Badania nad opornością hemoglobiny u małp.*

H. Seel: *Morska choroba, jej przyczyny i leczenie.* Dobre rezultaty stosowania doustnego, *per rectum* lub w zastrzykach preparatu „Vasano" (scopolamina, hyoscyamina) dla celów profilaktycznych i leczniczych.

E. Kobligk: *Stosowanie tranu w leczeniu dzieci kiłowych.*

Dr. Cobet i R. Stern: *O późnych następstwach zawodowego zatrucia tlenkiem węgla.* Dział ubezpieczeń.

E. Edens: *Nowe prace o chorobach serca i naczyń.* Referat.

Nr. 15 — 1930.

W. Budde: *O ogólnem działaniu zabiegów chirurgicznych.* Wpływ większych operacji na wegetatywny system nerwowy i na walkę z istniejącem zakażeniem.

R. Schmidt: *Patogeneza i klinika objawów bólowych przy angina pectoris.* (dok.). Czynniki szkodliwe uczulające *plexus cardioaortalis,* allergja naczynioruchowa. Dla przypadków *„angine d'effort",* dusznicy długo trwającej bez burzliwych i groźnych objawów uważa za niewłaściwe i nieprawdopodobne, przyjmowanie jako etjologji skurczu naczyń wieńcowych serca, lecz przyjmuje te przypadki za rodzaj neuralgji i proteinoterapja ostrożna powinna w nich dawać dobre rezultaty, stąd i w leczeniu farmakologicznem uwzględnia także długotrwałe podawanie małych dawek środków przeciwneuralgicznych (chinina, aspiryna, antipyrina, luminal, kofeina, adrenalina, piramidon i t. p.).

E. Heymann: *Zabiegi chirurgiczne przy pomocy prądu szybkozmiennego.*

H. Gebhardt: *Spostrzeżenia przy epidemji odry w obozie uchodźców w Prenzlau.* Obserwacja 206 przypadków odry o ciężkim, powikłanym przebiegu z 24% śmiertelności.

H. Kaiser: *Dalszy przyczynek do znajomości rodzinnego obustronnego schorzenia stawu biodrowego.* U matki i u córki *osteochondritis deformans coxae.*

K. Girschek: *Oczopląs na jednem oku przy porażeniu mięśni ocznych.* Oczopląs obwodowy na oku z porażonemi mięśniami — przypadki.

W. H. Crohn: *Endocarditis septica wywołana przez bacillus Friedländeri.* Opis przypadku nieznanego dotychczas w literaturze.

G. Emanuel i H. Rosenfeld: *Mastix - Lumbotest reakcja Emanuel'a i Rosenfeld'a i jej znaczenie dla rozpoznawania kiły układu nerwowego.* Technika mastyksowej reakcji i krzywe charakteryzujące poszczególne formy kiły, ważne przy rozpoznaniu różniczkowem.

W. Gilbert: *Przegląd oftalmologiczny.* Referat.

H. Powązka (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 1 kwietnia 1930 roku.

Początek o godzinie 8 punktualnie: obecnych członków Towarzystwa 46, wprowadzonych gości 70.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 marca r. b., przyjęto bez zmian.

2. Kol. Dębicki przedstawił dwa przypadki *nowotworu pęcherzyka żółciowego z przerzutami do poprzecznicy* (streszcz. własne).

Przypadki, omawiane dotyczą schorzenia pęcherzyka względnie rzadko spotykanego. Są one ciekawe zarówno w swym przebiegu klinicznym jak też w obrazie anatomo-patologicznym.

I. Pierwszy dotyczy kobiety lat 63, która przybyła na I-szy oddział chirurgiczny Szpitala Przemienienia Pańskiego (p. Dra B. Jakimiaka) w dniu 14 stycznia 1930 r. Przed miesiącem leżała na sali wewnętrznej z objawami kolki pęcherzykowej. Na zabieg wówczas nie zgodziła się. Przed trzema dniami dostała wymiotów kałowych i dużych bólów. Od czasu pobytu na sali wewnętrznej zauważyła, że wypróżnienia stawały się coraz rzadsze Zaczęła chudnąć tracić siły i apetyt.

Przy badaniu stwierdziliśmy w dniu przybycia chorej do szpitala objawy niedrożności i obecność guza w śródbrzuszu po stronie prawej. Przy żywszej perystaltyce jelitowej guz znikał. Po zastosowaniu lawatywy — wypróżnienie.

Stan ogólny niezły utrzymywał się przez sześć dni. W siódmym dniu pobytu objawy niedrożności wystąpiły ponownie znacznie wyraźniej. Stan ogólny chorej pogorszył się. Lawatywa nie dała rezultatu.

Natychmiast przystąpiono do zabiegu. W znieczuleniu miejscowem otwarto jamę brzuszną, z cięcia pośrodkowego. Stwierdziliśmy wzdęcie jelit cienkich, kątnicy, wstępnicy i części poprzecznicy do poziomu zetknięcia się jej z guzem. Guz wychodził z woreczka żółciowego, pozostawał w łączności z odźwiernikiem żołądka, dawał zupełne zamknięcie światła poprzecznicy. Na dotyk twardy, czynił wrażenie obecności w nim kamienia. Dalsze części okrężnicy wiotkie.

Wobec ciężkiego stanu chorej ograniczyliśmy się do założenia odbytu sztucznego na kątnicy w okolicy prawego dolnego kwadranta.

Pomimo wykluczenia przeszkody stan chorej pogarszał się z dnia na dzień. (Wyniszczenie, obrzęki, brak apetytu). Chora zmarła dnia 2o lutego 1930 roku.

Na sekcji (p. Dr. D ą b r o w s k a) stwierdzono *cholecystitis calculosa chronica in carcinoma vertens ad colon transversum et hepar progrediens, subsequente, stenosi colonis et pylori. Pericholecystitis adhesiva. Carcinosis peritonei.* (Inne zmiany pominięto).

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie charakterystyczne dla gruczolako-raka o bardzo silnie barwiących się jądrach. Nasuwały się tu duże trudności w określaniu punktu wyjścia: poprzecznica, czy woreczek.

II. Drugi przypadek dotyczy kobiety lat 69, która przybyła na oddział w dniu 7 marca b. r. ze skargami na stałe wymioty występujące w kilkanaście godzin po jedzeniu. Zauważyła też od paru miesięcy w nadbrzuszu guz wielkości mandarynki. Przed rokiem miała dolegliwości żołądkowe, brak apetytu, odbijania, czasem nudności. Żółtaczki ani napadów kolki nie miała. Była badaną wówczas na oddziale wewnętrznym. Zmian organicznych wtedy nie wykryto. Obecnie przy badaniu stwierdziliśmy, w nadbrzuszu nieco wprawo od linji środkowej guz wielkości dużej mandarynki, dość znacznej spoistości, niebolesny, przesuwalny na boki i ku górze. Pluskanie żołądkowe. (Pomijam inne szczegóły).

10 marca 1930 r. w znieczuleniu miejscowem otwarto jamę brzuszną, w nadbrzuszu z cięcia pośrodkowego. Stwierdzono guz wychodzący z pęcherzyka żółciowego, całkowicie przykrywający odźwiernik, w zrostach z nim i z siecią dalej przerastający ścianę poprzecznicy. Wątroba dookoła guza czyni wrażenie zmienionej bliznowato. Guz pęcherzyka wydzielono na ostro od strony łożyska wątrobianego, przecięto przewód pęcherzykowy, sprawdzono drożność przewodu wspólnego. Następnie wprowadziliśmy zgłębnik do światła pęcherzyka i ku zdziwieniu, znaleźliśmy łączność jego ze światłem poprzecznicy. To miejsce przejścia resekowano klinowo, zaszywając następnie ścianę jelita dwupiętrowym szwem. W świetle pęcherzyka znaleźliśmy parę kamieni.

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie charakterystyczne dla gruczolako-raka z przejściem na poprzecznicę.

C h i r a y i P a v e l w swej monografji „La vésicule biliaire" cytują statystykę Kaufmanna sekcyjną, według której raki pęcherzyka stanowią 5% ogólnej sumy raków innych trzew. H e l l e r w dziele „Die Chirurgie" podaje cyfrę niższą (3,5%). Jeżeli chodzi o odsetek raka u chorych „żółciowych" to cyfry wykazują tu b. duże wahania. M a y o - K i e d e l, M o y n i h a n określają na 5.7%. M a c C a r t y (1919) 0,5%, a ostatnio B a u m g a r t n e r na 0,3%. Obecność kamieni w pęcherzyku ze zmianami nowotworowemi F u t t e r i H a b e r f e l d stwierdził w 70%, C o u r v o i s i e r w 91%, J a n o w s k i w 100%, wzmiankowany autor amerykański również w 100%. Statystyka ta zasługuje na uwagę ze względu na ilość przypadków (4.575 zbadanych pęcherzyków usuniętych operacyjnie).

Autor, ten uważa za najczęstszą postać nowotworu: raki zwykłe, potem gruczolako-raki, nabłoniaki o typie kom. łuskowatych, brodawczako-raki, a rzadko bardzo mięsaki. Najczęstszym punktem wyjścia bywa dno pęcherzyka, w którym normalnie brak utkania gruczołowego.

Klinicznie stara się dzielić na trzy grupy: 1) o łagodnym przebiegu schorzenia dróg żółciowych,

2) długotrwały okres kolek z krótkotrwałym końcowym brakiem apetytu, spadkiem na wadze i stałemi bólami.

3) krótkotrwałe napady kolki z równoczesnym spadkiem na wadze, brakiem apetytu i stałemi bólami.

3. Kol. J. W. G r o t t przedstawił pracę wspólną z kolegami Fr. K o w a l s k i m, Wł. M a r a t e m, St. S a w i c k i m i St. W i n d y g ą p. t. „Badania nad regulacją cukru we krwi pod wpływem wysiłku". (Streszczenie własne).

Autorzy przeprowadzili badania nad zachowaniem się cukru we krwi pobranej z palca i z żyły u 50 zawodników przed i po biegach od 100 do 3.000 m. Z tego u 21 osobników zbadano dodatkowo cukier we krwi zarówno tętniczej, jak żylnej jeszcze w 10 i 20 minut licząc od chwili dojścia do mety.

Na podstawie powyższych badań autorzy dochodzą do następujących wniosków:

1) W razie zapotrzebowania energji, mięśnie przetwarzają na miejscu swój glikogen na cukier i zasilają nim krew żylną.

2) Kontrola sposobu regulowania poziomu cukru we krwi pod wpływem wysiłku udaje się tylko wtedy, gdy się bada jednocześnie przed oraz przez pewien czas po pracy cukier krwi żylnej i tętniczej.

3) Poziom cukru we krwi żylnej badany po wysiłku zależy od dopływu cukru z magazynu zarówno wątrobianego (centralnego) jak i obwodowego oraz od stopnia spotrzebowania go przez tkanki w następstwie wykonywanej pracy.

4) Po krótkotrwałym wysiłku (np. 100 metr.) bardzo często występuje obniżenie się poziomu cukru we krwi, a w miarę dłuższego trwania tegoż w biegach do 3.000 mtr. wybitnie wzrasta odsetek osobników wykazujących przyrost cukru we krwi.

5) Dobry stan fizyczny oraz trening ułatwiają ustrojowi szybsze przystosowanie się do wzmożonego zapotrzebowania energji oraz ułatwiają utrzymanie glikemji na normalnym lub nawet wyższym poziomie zarówno we krwi żylnej jak w tętniczej.

6) Określanie cukru we krwi żylnej i tętniczej przed i przez pewien czas po wysiłku, może być cennym miernikiem sprawności fizycznej.

Dyskusja.

Kolega W i e r z u c h o w s k i. Badania kol. G r o t t a są rzeczywiście wyczerpujące odnośnie do cukru we krwi podczas pracy mięśniowej. Materjał jest bardzo obszerny i pozwala na zestawienie danych statystycznych, które w takich razach mogą rozstrzygać. Mówca zwraca uwagę na to, iż osobniki badane były nie jednakowo przygotowane, co zresztą wynika z samego materjału jakim mógł rozporządzać prelegent. Trudno tutaj winić eksperymentatora, mówca zwraca uwagę na trudność tego rodzaju badań. Przygotowanie badanych było bardzo nierównomierne; spotykamy się tu z cyframi cukru naczczo bardzo wysokiemi a przedewszystkiem ze zdumiewająco niskiemi (51, 42 mgr %). U osobnika prawidłowego takie cyfry są czemś niezwykłem. Przy tak różnorodnym materjale doświadczalnym, poprzedzająca dieta mogła być nadzwyczajnie różna, jedni przed zawodami, zapewne zależnie od przesądów, głodzili się, inni może przekarmiali i t. d., eksperymentator ponosi skutki tego, bo trudno takiego zawodnika karmić przez długie tygodnie, żeby doprowadzić go do stanu wzorowego. Nadzwyczaj ciekawe krzywe cukru we krwi, przedstawione przez kol. G r o t t a, bardzo kompletne, stwierdzają jeszcze raz, jak niezwykle różnorodny musi być mechanizm, który kieruje przemianą węglowodanową materji. Niekoniecznie przecukrzenie tętnicze może pochodzić z wątroby. Może pochodzić z mięśni. Z badań nad kwasem mlekowym wynika, że to co jest produkowane w jednych mięśniach jest przetwarzane w innych. To samo może być z cukrem. Co do wytłumaczenia większej ilości cukru we krwi żylnej to byłoby rzeczą ciekawą stwierdzić, czy nie pochodzi to od zagęszczenia krwi żylnej. Osobniki w warunkach omawianych pocą się; należałoby zbadać ilość hemoglobiny krwi żylnej i tętniczej i stwierdzić czy zmiany w zachowaniu się cukru nie zależną od zagęszczenia krwi.

Kol. W. O r ł o w s k i. Gdy czytam jakieś nowe badania to zawsze stawiam sobie pytanie: czy pod względem metodologicznym stanowią one postęp oraz, czy wnioski, które nam badacz przedstawia są należycie udokumentowane.

Jeżeli te pytania zastosujemy do badań, które przedstawił kol. G r o t t, to muszę stwierdzić, iż pod względem metodologicznym przedstawiają znaczny postęp. Kolega G. uwzględnił dwa czynniki — czas trwania badania i badanie krwi tętniczej i żylnej. Ale i prelegent nie uniknął jak wielu innych błędu w metodyce, mianowicie małej liczby badań. Stało się to dlatego, że koledzy życzyli sobie rozstrzygnąć zagadnienie możliwie szerzej, a nie zwęzili materjału. Gdyby kolega zwęził zakres badań, wnioski byłyby bardziej instruktywne. Badano wpływ wysiłku przy biegu na 100, 200, 800, 1.500, 3,000 metrów i okazało się, że w każdej grupie jest kilka osób (od 6 do 12) — materjał bardzo mały; zmniejszy się zaś jeszcze bardziej, jeżeli będziemy inaczej nieco

go interpretowali. Przeglądając krzywe, dochodzę do wniosku, że kol. G. niesłusznie interpretuje pewne dane. Czy zwiększenie o 2 mgr jest istotnie zwiększeniem? Takie odchylenia są w granicach błędu technicznego. Z tego wynika, że z 6 osób w grupie, nie 50% ma zwiększenie ilości cukru a tylko 33%. W drugiej grupie, przypadków z wahaniami 2 do 7 mgr naliczyłem 5. Wszystkie te przypadki powinny być zaliczone nie do przyrostu, a do stanu zmiany; wtedy wyniki cyfrowe wypadną inaczej. Gdyby prelegenci przeprowadzili badania nie tylko na 2 grupach, lecz na większym materjale, wnioski byłyby lepiej uzasadnione. Błąd, który popełnili jest błędem nietylko naszych prac, ale i zagranicznych. Ludzie starają się bardzo szybko ogłaszać prace, co się odbija na ich wartości.

Odpowiedź kol. Grotta (streszczenie własne).

Niski poziom cukru we krwi przed zawodami łatwo wytłumaczyć, jeżeli się zważy, że badania bardzo często odbywały się w 2—3 godz. po posiłku, czyli w okresie największej hypoglikemji fizjologicznej. Zjawisko tego rodzaju niejednokrotnie spostrzegałem w klinice badając krzywą cukru we krwi po obciążeniu glukozą zwłaszcza u asteników. Nawet u siebie samego w 2 godz. po glukozie stwierdziłem w czerwcu 1929 r. poziom cukru równy 56 mgr. Oprócz lekkiego uczucia głodu żadnych innych przykrych objawów nie miałem. Niską krzywą glikemiczną otrzymaną wtedy objaśniam lekką pracą laboratoryjną wykonywaną podczas przeprowadzania badania.

Nie ulega wątpliwości, że dieta oraz sprawność sportowa będą wpływały na wyniki, jednak jeśli idzie o zasadnicze zjawisko, które specjalnie badaliśmy, t. j. sposób regulowania poziomu cukru we krwi, to nieuwzględnienie tego czynnika nie mogło mieć poważniejszego znaczenia. Czynniki te mogły wpływać tylko na jednolitość otrzymywanych danych, tymczasem pewna różnorodność wyników stanowi cenną zdobycz naszej pracy, gdyż dopiero ta okoliczność umożliwiła nam znalezienie klucza do wyjaśnienia badanego zjawiska. Zagęszczenie krwi żylnej po pracy być może, również odgrywa pewną rolę, jednak ze względu na wielkie trudności techniczne jakie pociąga za sobą wykonywanie tego rodzaju prac, co zupełnie słusznie podkreślił w swem przemówieniu p. Doc. Wierzuchowski, tego czynnika oraz wyżej wzmiankowanych uwzględnić nie mogliśmy.

Uwaga p. prof. Orłowskiego — co do sposobu układania tablic, jest słuszna jeśli idzie o szczegóły, gdyż to może wpłynąć na zmianę wyników statystycznych.

4) Kol. Janina Misiewicz wygłosiła odczyt p. t. „Promieniolecznictwo gruźlicy" (streszczenie własne).

Prelegentka omówiła poszczególne rodzaje promieni używane w lecznictwie, a mianowicie słoneczne, promienie kwarcówki, promienie lampy sollux, oraz promienie Roentgena, uwzględniając poglądy na działanie biologiczne tych promieni, wskazania do promieniolecznictwa w gruźlicy oraz sposoby stosowania poszczególnych promieni.

Referat ukaże się osobno w druku.

5) *Dyskusja.*

Kol. A. Elektorowicz. Używanie kąpieli powietrznych opiera się na działaniu światła rozprószonego; nie wywołuje takich nagłych zmian jak naświetlanie słoneczne. Kąpiele, podczas których chorzy muszą używać pewnego ruchu dają zahartowanie organizmu i zwiększenie jego siły odpornej. Działanie różnych promieni (promienie ultrafiołkowe, lampa kwarcowa, Finzena, Solux) jest mniej więcej podobne. Silne naświetlania mogą wywoływać wielkie szkody. Działanie tych promieni przy dłuższem działaniu idzie wgłąb. Spostrzegano głęboko leżące ogniska martwicze. Co do działania na bakterje energji promienistej to występuje ono w dawkach tak wysokich, że ustrój ich nie wytrzymuje. Działanie promieni jest raczej osłabiające; wyzwalają one pewne ciała swoiste, działające szkodliwie na bakterje. Aczkolwiek szereg prac stwierdza polepszenie pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena gruźlicy płuc, jednak ze względu na wielką trudność dawkowania jesteśmy przy tem umiejscowieniu gruźlicy bardzo ostrożni. W gruźliczem zapaleniu otrzewnej natomiast, naświetlanie daje bardzo dobre wyniki; obecnie na Zachodzie przestają używać laparotomji i naświetlają roentgenem. Mówca stosując takie leczenie po uprzedniem wypuszczeniu płynu uzyskiwał znaczne poprawy. To samo tyczy się suchych postaci zapalenia otrzewnej oraz zapaleń opłucnej. Osobny dział stanowią schorzenia nerek; w jednostronnych cierpieniach nie będziemy stosowali naświetlań lecz tam gdzie operacja jest wykluczona. W gruźlicy gruczołu krokowego stwierdzano pod wpływem roentgena bardzo znaczną poprawę. W gruźlicy jąder i powrózków nasiennych łatwy dostęp daje możność otrzymania wyleczenia zupełnego. Ponieważ jednak gruźlica jest cierpieniem ogólnem, wyleczenie więc zależy od stanu ogólnego. Dlatego winna tu być stosowana również lampa kwarcowa, kąpiele powietrzne i słońce, a dopiero wtedy leczenie miejscowe może osiągnąć jak największe wyniki. Osobną grupę stanowią schorzenia kości i stawów. W tych przypadkach poza ogólnem leczeniem sanatoryjnem naświetlanie roentgenem daje bardzo znaczne wyniki; efekt jest natychmiastowy. Mówca ma w opracowaniu przypadki z kliniki chirurgicznej, w których po naświetlaniu uzyskano bardzo znaczną ulgę i zniknięcie bólów; jest to jednak tymczasowe.

Kol. Moczarski. Przypomina doświadczenia Lidji Rabinowicz, stwierdzające przekrwienie narządów wewnętrznych pod wpływem naświetlania, coby przemawiało za przenikaniem promieni wgłąb i możnością wywierania przez nie działania bakterjobójczego na prątki, jak tego dowodzą badania *in vitro*.

Kol. Sawicki zwraca uwagę na niektóre szczegóły ważne przy budowie sanatorjów: jakość szkła używanego do okien, obecność słoneczni, kształt budynków i t. d.

Kol. Łapiński W. przypomina badania stwierdzające obecność znacznej ilości promieni pozafiołkowych nad piaszczystem wybrzeżem nawet przy zachmurzonem niebie. Heljoterapja jest wobec tego w górach najbardziej skuteczna w zimie, natomiast nad morzem przez cały rok. Bardzo krytyczne badania francuzów w Algierze wykazują jednak, że nie działają tu specjalnie promienie pozafiołkowe, a zwykłe naświetlanie. O ścisłych podstawach naukowych w promieniolecznictwie dziś mówić nie możemy.

Kol. Gawiński. Cała dyskusja toczy się nad środkiem o którym nie mamy wyraźnego pojęcia i o którym pojęcia nie będziemy mieli. Operując energją promienistą krążymy dookoła czynnika nieznanego, stanowiącego eliksir na wszystko. Posiadając ten czynnik, powinniśmy przedewszystkiem zbadać jego dawkowanie. Zrozumienie sposobu działania energji promienistej wkracza w dziedzinę budowy materji.

Odpowiedź kol. Misiewicz. (Streszczenie własne).

Kol. Elektorowiczowi. Prelegentka dziękuje za uzupełnienie wskazań do roentgenoterapji.

Kol. Moczarskiemu. Nie zgadza się, by przekrwienie narządów wewnętrznych miało bezwzględnie wskazywać na działanie bezpośrednie promieni pozafiołkowych wgłębi.

Kol. Gawińskiemu. Chociaż istotnie zagadnienie promieniolecznictwa wiąże się z wieloma niewyjaśnionemi dotąd zagadnieniami z dziedziny fizyki i przeto wielu szczegółów dotyczących promieni i ich działania na ustrój żywy nie znamy, to jednak nie ulega wątpliwości dodatni wpływ promieniolecznictwa w wielu sprawach chorobowych, a to wystarcza by promieniolecznictwo propagować i nadal.

Dyskusja nad pokazem kol. Dębickiego.

Kol. Dąbrowska. Oprócz gruczolako-raka w pęcherzyku żółciowym mogą powstawać również rak twardy i galaretowaty. Rak pęcherzyka rozwija się rzadko bez kamicy. Przechodzenie nowotworu z pęcherzyka na okrężnicę nie zdarza się zbyt rzadko.

Posiedzenie zamknięto o godz. 11 min. 10.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 26 lutego 1930 r.

Przewodniczący Prezes Prof. Dr. Józef Latkowski.

Obecnych 75.

Przyjęto nowych członków: kol. Liwszyca Stanisława, kol. Liwszyca Sal., kol. Gottlieba Gabrjela, kol. Brauna Stanisława.

Kol. Mróz przedstawia przypadek *pemphigus vulgaris.*

Prof. Latkowski przedstawia elektrokardjogramy z przypadków *sit. viscerum inversus totalis,* z przypadku *myodegen. cordis* z rozszerzeniem obydwu komór i przedsionków z trzepotaniem przedsionków wady serca *(insuff. et stenosis mitralis),* z trzepotaniem przedsionków i przypadku zrostów osierdziowych gdzie był charakterystyczny elektrokardjogram opisany już poprzednio przez Latk. w innym przypadku zrostów serca w 1913 r. w Przegl. Lekarskim.

W dyskusji kol. Glasner, przemawia w sprawie historji elektrokardjografu w Krakowie. Dalej wspomina o tem, że Wenckebach zmniejszył tą pewną przesadę co do arthytmii serca. Podnosi też znaczenie elektrokardjografji dla rozpoznawania arythmii.

Prof. Latkowski w odpowiedzi podaje, że elektrokardjografją zajmował się pierwszy w Polsce Cybulski. Ze stanowiska klinicznego omawiał prof. Latkowski na podstawie swych

badań znaczenie elektrokardjografji na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Krakowie 17. VII. w r. 1911, później już znaczniej zajmował się elektrokardjografją Mayer w Klinice prof. Jaworskiego w Krakowie. Niejednokrotnie przedstawiał prof. Latkowski wyniki swych badań w Tow. Lek. Krak. w r. 1912, 1913, 1914, 1917, jak i na Zjeździe Internistów we Lwowie w r 1914 i 1917, a ostanio raz w r. 1924 mówił o elektrokardjografji.

Z powodu uszkodzenia przyrządu nastąpiła w ostatnich latach przerwa w pracy nad elektrokardjografją na Klinice Lekarskiej. Dalej przypomina, że Wenckebach wydał I-e wydanie swej pracy o arytmii w r. 1901 a w 1914 wyszło II-e wydanie. Podnosi też, że różne arytmje mają różne znaczenia kliniczne i nie można migotania przedsionków, lub zaburzenia przewodnictwa stawiać na równi ze skurczami dodatkowymi na tle zaburzeń pobudliwości m. sercowego. Z krzywej elektrokardjograficznej niewiele można mówić o sprawności m. sercowego, natomiast zaburzenia przebiegu podniety w m. sercowem dadzą się łatwo w E. k. g. wyśledzić i dlatego najłatwiej metodą E. k. g. wykryć można zaburzenie przewodnictwa w m. sercowym lub nieprawidłowe skurcze m. sercowego, jak migotanie przedsionków i extrasytole.

Kol. Adamowicz przedstawia roentgenogramy:

1) z przypadkiem *cystis pericardialis,*

2) z kilku przypadków przerzutów nowotworowych w płucach.

W dyskusji zabierał głos kol. Blasberg.

Kol. Braun przedstawia 2 przypadki *icterus haemoliticus.*

W dyskusji prof. Tempka zwraca swoją uwagę na to, że w obydwu przypadkach rozpoznano poprzednio kamicę żółciową. Podnosi sprawę rezystencji krwinek czerwonych przed i po splenektomji.

Doc. Siedlecki wspomina o przypadku *icterus haemolyticus* demonstrowanym w Tow. Lek. w r. 1914 i r. 1922 przez prof. Latkowskiego, oraz zastanawia się nad zjawiskiem autoaglutynacji, którą w I-szym przypadku kol. Brauna znajdywano.

Kol. Mester — w sprawie ciałek Howel-Jolly'ego, które znajdowano w tych przypadkach.

Kol. Braun w odpowiedzi.

Kol. Sokołowski przedstawia przypadek skazy krwotocznej na tle hyperfunkcji jajników.

W dyskusji Doc. Szymanowicz wspomina o przypadku krwawień macicznych, leczonym resekcją jajników, oraz o 2-gim podobnym przypadku krwawień macicznych. Sądzi, że w tych razach ma się do czynienia z hyperfunkcją jajników, follikuliną z jajników pobudza błonę śluzową macicy do krwawień.

Prof. Tempka zwraca uwagę, że podobny obraz, może być w przypadku prawdziwej skazy krwotocznej w trombopenji. Kol. Blassberg radzi podawanie insuliny w tych przypadkach. Kol. Mester zastanawia się nad mechanizmem działania leczniczego w tych przypadkach i sądzi, że przez podawanie tarczycy możnaby w tych razach osiągnąć dobre rezultaty.

Kol. Dziuba wygłasza odczyt p. t.: „O djecie w gruźlicy" (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Blassberg omawia historję djety Gersona; podnosi trudności w stosowaniu tej djety, ze względu na jej koszta; wspomina o tranie, który podają w tej djecie. Wyraża zapatrywanie, że ważną jest droga, którą wskazał Gerson, chociaż z drugiej strony autorzy francuscy zapatrują się sceptycznie na znaczenie lecznicze tej djety.

Kol. Mester przemawia w sprawie znaczenia soli kuchennej i fosforu w djecie Gersona, następnie w sprawie zakwaszania ustroju. Tłumaczy w jaki sposób djeta Gersona może działać w toczniu.

Prof. Latkowski zaznacza, że chirurdzy zrobili rozgłos wielki i niezasłużony djecie Gersona. W gruźlicy płuc djeta wedle większości poważnych autorów niema skutecznego działania co i Klinika Lekarska może potwierdzić. Mineralogen, którego skład jest nie stały wedle badań przeprowadzonych w Klinice Lekarskiej jest mieszaniną i zbiorem różnych ciał zawierającym sole Ca, Na, K, Bi, Br, Si, Al, Mg i t. d. i może nawet znosić działanie samej djety, która nie jest właściwie ani kwaśna, ani alkaliczna. Problem oceny działania tej diety, jest bardzo trudny, bo mamy do czynienia z całym szeregiem czynników. Djeta ta jest nie naukowo opracowana. Dieta kwaśna wedle Hermansdorfera ma wpływ na gojenie, ale dieta Gersona z mineralogenem nie jest kwaśną może raczej działać przez dużą zawartość soli Ca i szkodliwie.

Ograniczenie białka jest teoretycznie nieuzasadnione wedle naszego własnego doświadczenia. Wedle Latkowskiego nie można pozbawiać chorych na gruźlicę dowozu dostatecznej ilości białka, a także nie można ograniczać ilości węglowodanów. Dotąd widziano wyniki dodatnie tylko w gruźlicy skóry i kości. Romberg i Muller już na posiedzeniu Tow. Lek. w Monachium w 1926 r. wyrazili zastrzeżenie przeciw stosowaniu tej diety. Zdaniem Latkowskiego zanadto rozreklamowano dietę Gersona, przeciw czemu i w Niemczech już zaczyna się żywa reakcja.

Posiedzenie z dnia 12. III. 1930 r.
Przewodniczący Prezes Prof. Dr. J. Latkowski.
Obecnych 60.

Prof. Latkowski dodaje do protokułu z dnia 26. II. 1930, że dieta Gersona może działać przez dużą zawartość soli Ca, które przeważają w składzie mineralogenu. — Sole wapniowe działają na ruch wody w ustroju, usuwają wysięki, mogą usuwać demineralizację i dekalcynację, działają na procesy życiowe w kierunku pobudzającym, działają na zmianę odporności. Znaczenia usunięcia chloru w diecie nie można przeceniać bo n. p. Linsenfeld wykazał, że djeta Gersona nie wpływa na poziom chloru we krwi.

Kol. Siedlecki zaznacza, że pierwsi Francuzi zwrócili uwagę na przemianę wapniową w gruźlicy a Vorhoewe udowodnił, że do osiągnięcia równowagi wapniowej u gruźliczych potrzeba więcej Ca. Według Herbsta wapń działa na kolloidy a Chiari i Januschke wykazali doświadczalnie, że po wstrzyknięciu Ca zmniejsza się przepuszczalność naczyń. W Polsce badaniami nad wapniem zajął się pierwszy Latkowski w r. 1906, wykazując jego wybitny wpływ na serce, na procesy zapalne błon surowiczych (1914) i na krew (1923). Opierając się na dużym materjale klinicznym zaobserwował w zapaleniach błon surowiczych, że po zastosowaniu soli wapniowych następuje obniżenie ciepłoty, zwiększenie zdolności resorbcyjnych oraz poprawa stanu ogólnego. Również bardzo korzystnie działa ten sposób leczenia we wczesnych postaciach gruźlicy. Obserwując działanie soli wapniowych w gruźlicy a zwłaszcza w zapaleniach błon surowiczych stwierdza się szybkie ustępowanie wysięków i opadanie ciepłoty. Zależy to od działania soli Ca na komórki, których odporność stale się zmniejsza. Według Bluma działanie to opierać się może na antagoniźmie jonów sodowych i wapniowych, jednak to przypuszczenie nie wydaje się prawdopodobne, gdyż bardzo dobre wyniki uzyskiwaliśmy w zapaleniach opłucnej, otrzewnej i osierdzia nie stosując żadnej specjalnej djety, któraby mogła wpływać na stosunek sodu da wapnia. Działanie diety Gersona-Hermansdorfera polegać może na transmineralizacji, którą też przyjmuje Grafe.

Przyjęto nowych członków: kol. Paszkiewicza Aleksandra, kol. Mestera Adolfa i kol. Pinkusfelda Adolfa.

Prof. Latkowski przedstawia chorych, u których zastosowano leczenie chirurgiczne w postaci phrenicoexheiresis z powodu gruźlicy płuc, ropnia płuc, wysięku ropnego opłucnej.

Prof. Lewkowicz wygłasza odczyt p. t. „O leczeniu ropniaka opłucnej".

W dyskusji: Prof. Latkowski zauważa, że przy zapaleniu płuc optochina wedle badań kliniki lekarskiej działa na pneumokoki, bo skraca przebieg zapalenia w 50% przypadków. W przypadkach przedstawionych przez prof. Lewkowicza działanie optochiny jest miejscowe i dlatego można było tak duże dawki stosować, optochina stosowana miejscowo w ropniaku opłucnej działa chemoterapeutycznie. Co do autopyoterapji — to można również w jej działaniu przyjąć czynniki niespecyficzne.

Prof. Lewkowicz: Przy leczeniu optochiną ropniaka uderza wysokość dawki. Ropę zastępujemy optochiną, dzieci znoszą dobrze to leczenie, podczas gdy przy leczeniu wewnętrznym optochina może być toksyczną, w ropniaku nie przepuszcza prawdopodobnie membrana pyogenes optochiny. Co do autopyoterapji możnaby myśleć o dwojakiego rodzaju działaniu: działaniu szczepionki i proteinoterapji.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Dr. Stanisław HORNUNG.
asyst. II. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.

Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Oslo w sierpniu 1930 r.

VII. Konferencja międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego odbyła się w dn. 12 do 15 sierpnia b. r. w stolicy Norwegji w Oslo pod przewodnictwem Prof. Frölicha. Wśród licznych uczestników z wielu państw grupa polska pod przewodnictwem Dr. Rudzkiego liczyła około 40 osób.

Uroczyste otwarcie Zjazdu dnia 12 sierpnia odbyło się w auli uniwersyteckiej w obecności króla Haakona VII., w którego imieniu Prof. Frölich dokonał otwarcia Zjazdu, a główny sekretarz Międzynarodowego Związku Prof. Bernard wygłosił dłuższe przemówienie okolicznościowe.

W pierwszym dniu obrad t. j. 13 sierpnia Prof. Calmette (Paryż), wygłosił główny referat: *„O zapobiegawczem szczepieniu gruźlicy zapomocą BCG“*, w którym przedstawił najważniejsze etapy, swych wspólnie z Guerin'em przeprowadzonych prac, które doprowadziły wkońcu do uzyskania szczepu BCG *(Bacille* Calmette-Guerin), omówił wyniki osiągnięte przez wielu badaczy, w doświadczeniach na zwierzętach i w zastosowaniu praktycznem u ludzi. Odporność w gruźlicy, podobnie zresztą jak kile i niektórych innych schorzeniach charakteryzuje się tem, że trwa jedynie tak długo, jak długo w organizmie znajdują się jeszcze specyficzne zarazki; objawia się ona mniej lub więcej zaznaczoną właściwością nie dopuszczającą do wystąpienia schorzenia przy następnych zakażeniach tym samym zarazkiem chorobotwórczym. Badania, między innemi także Calmette'a i Guerin'a z r. 1906 dowiodły, że organizm zwierzęcy po łagodnem zakażeniu prątkami gruźliczemi zachowuje się odmiennie wobec powtórnej infekcji, jak organizm poprzednio nie zakażony. W krajach cywilizowanych, zwłaszcza w miastach ledwie 2—3 procent ludności wykazuje ujemną próbę tuberkulinową, a śmiertelność z gruźlicy wynosi około 20 procent ogółu zgonów, czyli prawie $^{4}/_{5}$ ludności uległo zakażeniu i nie okazuje cięższych zmian chorobowych, nabyło więc pewną odporność wobec następnych zakażeń.

Dla wytworzenia więc odporności pożądane jest łagodne zakażenie gruźlicze we wczesnem dzieciństwie. Szczepienie zapobiegawcze, można wykonać ze skutkiem jedynie przy pomocy żywych prątków. Prątki takie, nie zdolne do wywołania zmian chorobowych w narządach, winne posiadać jednak zdolność wytwarzania przeciwciał, a następnie winne przedstawiać typ *„virus fixe“*, t. zn. być szczepem o stałych, niezmiennych właściwościach biologicznych.

Szczep BCG, który odpowiada wszystkim powyższym warunkom powstał przez zaszczepienie jadowitej hodowli, pochodzenia bydlęcego na pożywkę z żółci wołowej z 5% dodatkiem gliceryny i powtórzenie tego przeszczepienia 230 razy w ciągu 13 lat.

Szczepionkę BCG zaczęto stosować w celach zapobiegawczych w r. 1921. Dzieciom w pierwszych dniach życia podaje się doustnie co 2 dzień 3 razy po 1 centigramie prątków. Do stycznia 1930 r. zaszczepiono w ten sposób we Francji ponad 210.000 dzieci. Statystyka wykazała że śmiertelność dzieci urodzonych z matek gruźliczych albo wychowywanych w otoczeniu gruźliczem w wieku od 1 miesiąca do 4 roku życia wynosi u nieszczepionych 15,9%, u szczepionych jednak tylko 3,4%. Podobne zjawisko stwierdzono w wielu innych państwach; świadczy ono o skuteczności tego szczepienia.

Odpowiadając na zarzut postawiony przez szkołę Pirquet'a, że niewielka tylko część dzieci szczepionych drogą doustną oddziaływa na tuberkulinę, i że nie są one tem samem skutecznie uodpornione, Prof. Calmette przytacza ze swej strony wyniki badań Zeylanda i Piaseckiej-Zeylandowej z Poznania, które stwierdziły u dzieci, zmarłych wskutek rozmaitych schorzeń w rozmaitym czasie po podaniu doustnem prątków BCG obecność tychże w gruczołach chłonnych, i że dzięki temu istnieją wszelkie warunki dla wytworzenia odporności. Nowsze badania na większym materjale wykazały również, że brak oddziaływania na tuberkulinę nie jest tak częsty u dzieci szczepionych metodą Calmette'a, jak to sądzono poprzednio.

Drugie zastrzeżenie co do którego Calmette zajmuje stanowisko brzmi: czy możemy mieć pewność, że szczep BCG pozostanie niechorobotwórczy w ludzkim organizmie i nie stanie się z powrotem jadowitym?

Kraus, następnie Chiari, Nobel i Solé, Petroff i inni stosując większe dawki BCG u zwierząt. stwierdzali niekiedy typowe zmiany gruźlicze w narządach. Jedynie wyjątkowo udało się im uzyskać wystąpienie zmian gruźliczych u zwierząt nowych, po przeszczepieniu im części schorzałych narządów zwierząt, którym podano BCG, tak że nie można wykluczyć w tych zresztą nielicznych przypadkach jakiegoś ubocznego, dodatkowego zakażenia.

Nie zostały również potwierdzone spostrzeżenia Petroffa, jakoby szczep BCG miał zawierać obok kolonij niejadowitych (R) drugą grupę (S), mogącą wywołać ciężką gruźlicę u zwierząt.

Z licznych doświadczeń (Coulaud) wynika nadto, że zmiany o charakterze gruźliczym, które mogą powstać przy zastosowaniu wielkich dawek BCG, zawsze się cofają i ulegają wyleczeniu. W dotychczasowych licznych badaniach laboratoryjnych nie udało się przywrócić choćby w części jadowitości, jaką szczep BCG utracił przez pasaże na pożywce z żółci. I ten zarzut odrzuca Calmette jako nieuzasadniony.

Przypuszczenia, że szczep BCG może z biegiem czasu stracić swe immunizacyjne właściwości nie wydają się prawdopodobne, gdyż stosowane dotychczas od 9 lat hodowle wykazują jednakową zdolność uodporniającą.

Na czoło walki z gruźlicą, jako chorobą społeczną, wysunęła się profilaktyka. Jakkolwiek zarządzenia higjeniczne, odosobnienie prątkujących i t. p. dla ochrony osobnika i zbiorowości przed zakażeniem są celowe, to jednak nigdy nie dają tej pewności, co szczepienia zapobiegawcze. Należy więc dążyć do ich rozpowszechnienia.

Wywody prof. Calmette'a wypowiedziane z wielką wiarą w skuteczność swej metody, spotkały się z gorącem przyjęciem większości słuchaczy.

Z pośród koreferentów Prof. Neufeld (Berlin), stwierdził nieszkodliwość szczepu BCG i niezdolność wywołania przez niego postępujących zmian gruźliczych u zwierząt. Co do skuteczności ochronnego szczepienia dzieci zajął jednak stanowisko krytyczne. Dotychczasowe dane statystyczne nie są wystarczające. Doświadczenia natomiast porównawcze na zwierzętach, które zakażono z jednej strony szczepem BCG, z drugiej strony jadowitą hodowlą typu ludzkiego, wykazały przy znacznie zmniejszonej wirulencji szczepu BCG, także mniejszą zdolność immunizacyjną wobec przyszłego zakażenia gruźliczego. Podobnie u ludzi, szczep BCG może spowodować jedynie słabszą odporność, jak zwykłe zakażenie gruźlicze.

W obecnym stanie nauki, szczep BCG daje jednak maximum odporności, jaką można uzyskać drogą sztuczną, przytem dla organizmu nieszkodliwą. I w tem też leży wielka zasługa Prof. Calmette'a.

Prof. Maragliano (Genua) uważa metodę Calmette'a za jedną z wielu, równie skutecznych; w szczególności zwraca uwagę na swoje doświadczenia z wakcynoterapją gruźlicy zapomocą prątków nieżywych na materjale około 60.000 osób.

Prof. Park (Stany Zjednoczone) przyznaje, że sposób doustnego szczepienia BCG jest nieszkodliwy i wywołuje pewną odporność wobec przyszłych zakażeń, a Heynsius van den Berg (Amsterdam) opierając się na własnem doświadczeniu, zaleca metodę Calmette'a do szerszego stosowania.

Sayé (Barcelona) podaje do wiadomości, że w Hiszpanji zaszczepiono dotychczas BCG, ponad 10.000 dzieci z podobnym wynikiem, jak we Francji.

Scheel (Oslo) stosował wspólnie z Heimbeckiem od r. 1924 szczepienia BCG drogą podskórną, głównie u osób starszych, szczególnie narażonych na niebezpieczeństwo infekcji gruźliczej, jak pielęgniarki szpitalne, studenci medycyny — a następnie także u ludności kilku okręgów wiejskich, przyczem procent chorych gruźliczych uległ w grupie zaszczepionych znaczniejszemu obniżeniu, niż w odpowiednich warstwach ludności nieszczepionej.

Prof. Michałowicz (Warszawa) składa sprawozdanie ze szczepień Calmettowskich w Polsce, gdzie do końca r. 1929 zaszczepiono 6937 dzieci, z tego 5200 w Warszawie, a 1737 w Poznaniu. Dzieci szczepione rozwijały się lepiej; z pośród tych, które przebywały w otoczeniu niegruźliczem żadne nie zapadło na gruźlicę. Sześcioro natomiast dzieci z milieu gruźliczego zmarło na gruźlicę. Ważną jest więc rzeczą izolowanie dzieci po zaszczepieniu przez przeciąg przynajmniej 4 tygodni. W końcu przedstawia dokładne badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne Zeylanda i Piaseckiej-Zeylandowej, na które w ciągu obrad powoływało się wielu mowców.

W zastępstwie nieobecnego Prof. Cantacuzène przedstawia jego koreferat Veber, omawiając wyniki szczepień w Rumunji, które przekroczyły już w obecnej chwili cyfrę 45.000, a zdołały wydatnie obniżyć śmiertelność wczesnego dzieciństwa.

W końcu Naeslund (Stokholm) na podstawie własnych doświadczeń, obejmujących 4009 dzieci zaszczepionych metodą Calmette'a, potwierdza jego spostrzeżenia.

Przed przystąpieniem do dyskusji, przewodniczący delegacji niemieckiej Hamel, prosi w imieniu Komitetu Wykonawczego Międzynarodowej Unji Przeciwgruźliczej, by nie poruszano bolesnej afery w Lubece. Jak wiadomo kilkadziesiąt dzieci, którym podano rzekomo szczep BCG w celach zapobiegawczych, zmarło z powodu rozległej gruźlicy. Otóż Hamel zwraca uwagę na oficjalny komunikat rządu niemieckiego, w którym zaznaczono, że ścisłe badania nad wyjaśnieniem tego zdarzenia są w toku; w obecnym stanie rzeczy można stwierdzić, że szczep dostarczony przez Instytut Pasteura był bez zarzutu, a przyczyną tych

nieszczęśliwych przypadków mogło być użycie przez karygodną omyłkę zamiast oryginalnego szczepu BCG, — innego, o pełnej wirulencji.

W imieniu delegacji francuskiej składa Honnorat Hamelowi wyrazy żywego współczucia, co też zebrani przyjmują na wniosek przewodniczącego jako wyraz ich uczuć.

W dyskusji wzięło udział 30 mówców, ustosunkowując się niejednokrotnie krytycznie wobec wywodów Calmette'a. Watson (Kanada) przedstawia wyniki swoich doświadczeń na zwierzętach, które po zaszczepieniu BCG w dość znacznym procencie wykazywały poważne zmiany gruźlicze. Kirchner (Hamburg) sądzi, że szczep BCG. może ulegać zmianom, nie jest szczepem o stałych właściwościach, a Greil (Insbruck) i Loewenstein (Wiedeń) odrzucają zapobiegawcze szczepienia przy gruźlicy w ogólności. Przeciw szerszemu stosowaniu BCG wypowiadają się Blümel (Halle), Schröder (Schömberg) i Simeonow (Bułgarja). Pewne wątpliwości co do skuteczności tego szczepienia mają Constantini, Ilvento i Bocchetti (Włochy). Jako zwolennicy szczepień Calmettowskich występują Bernard, Weil-Halle, Armand-Delille (Paryż), Brinckmann (Oslo), Derscheid i Duthoit (Belgja), Valtis (Grecja), Legros (Francja), Fontez (Brazylja), Saenz (Uruguay), Ascoli i Israeli (Włochy). Z Polaków przemawiali Rudzki i Zeyland, który przedstawił wyniki autopsji 66 dzieci, zaszczepionych metodą Calmette'a; w żadnym przypadku przyczyną śmierci nie była gruźlica. Kereszturi i Schick (Stany Zjednoczone) zalecają stosowanie BCG w zastrzykach śródskórnych.

Drugi dzień obrad: 14. VIII. 1930 r.

Referent głównego tematu: *Torakoplastyka w leczeniu gruźlicy płuc* — Prof. Bull (Oslo) podnosi, że gojenie się gruźlicy płuc polega w głównej mierze na przemianie włóknistej, połączonej z zaciąganiem się tkanki płucnej (retrakcją). Czynnikami, które przeciwstawiają się zupełnej retrakcji płuca są ujemne ciśnienie przestrzeni międzyopłucnowej i sztywność klatki piersiowej. Te same czynniki stanowią przeszkodę w zapadnięciu się jam, zwłaszcza jeżeli ich ściany są utworzone ze zgrubiałej i niepodatnej tkanki włóknistej. Na usunięciu tych czynników polega leczenie zapadowe gruźlicy płuc, a radykalnym zabiegiem w tem leczeniu jest torakoplastyka. Zabieg ten znajduje coraz więcej zwolenników, a sumę dotychczas wykonanych zabiegów przyjąć można w przybliżeniu na 5—6000.

Torakoplastyka pozaopłucnowa przykręgowa (Brauer) polega na częściowem wycięciu szeregu żeber zwykle od 1 do 10-tego lub 11-tego, i to o ile możności ich części tylnych, blisko kręgosłupa. Szczególnie ważną rzeczą jest, zwłaszcza przy usadowieniu zmian chorobowych w górnym płacie, wycięcie wystarczająco długich części żeber od II. do IV, więc 10 cm II. żebra, 12 do 13 cm III. i IV. żebra. Z I. żebra należy starać się zresekować 3 cm, co też przedstawia największe trudności techniczne. Szereg jednak przypadków, w których zaniechano resekcji I. żebra wykazało również dobre wyniki. Jednoczasowo należy operować pacjentów silnych, młodych o dobrym stanie ogólnym; w cięższych przypadkach, u osób starszych raczej wykonać zabieg dwuczasowo, dla uniknięcia niepożądanych powikłań, wywołanych nagłem i zupełnem zapadnięciem się klatki piersiowej. W tym też celu polecił Andersen wykonanie operacji w ten sposób, że przy pierwszym zabiegu wykonuje się prawidłową torakoplastykę zupełną, z wyjątkiem szóstego lub siódmego żebra. Po pewnym czasie dopiero następuje wycięcie pozostałego żebra, co jest już drobnym zabiegiem i da się wykonać w znieczuleniu miejscowem. Prof. Bull wykonuje w ostatnich czasach torakoplastykę zupełną częściej w uśpieniu eterowo-chloroformowem, niż w znieczuleniu miejscowem. Przez okres czasu przynajmniej 6 miesięcy po operacji winien chory pozostać w leczeniu sanatoryjnem.

Z niepożądanych objawów, występujących niekiedy w związku z aktem operacyjnym, z powodu wyłączenia znacznej powierzchni oddechowej, ucisku na śródpiersie, a to zwłaszcza wtedy, gdy ono jest wiotkie, i z innych przyczyn, należy wymienić: trzepotanie śródpiersia (flottement médiastinal), zapad, objawy toksyczne spowodowane wchłanianiem ciał trujących z zapadniętego płuca, aspirowanie części pochodzących z płuca chorego do zdrowego i wystąpienie zmian gruźliczych drugostronnych. Zbyt wiotkie śródpiersie jest zawsze przeciwwskazaniem do torakoplastyki. Dlatego też z chwilą wystąpienia przy operacji objawów trzepotania śródpiersia jak sinica, duszność, szybkie i nikłe tętno, oraz oddech paradoksalny, należy zabieg przerwać.

Zasadniczem wskazaniem do torakoplastyki jest rozległa, jednostronna gruźlica płuc o przebiegu przewlekłym, jeżeli niemożna założyć odmy piersiowej, lub jeżeli odma nie jest skuteczną. Jednak szereg przypadków, przedstawionych przez prof. Bulla przemawia za tem, że przy istniejących również zmianach drugostronnych, oczywiście mniej rozległych można stwierdzić po torakoplastyce wyraźną poprawę i zatrzymanie procesu chorobowego obustronnego. Za przeciwwskazania uważa się: cięższe postacie schorzeń gruźliczych innych narządów, znaczną rozedmę lub większe, czynne zmiany gruźlicze w drugiem płucu, a wkońcu wszystkie inne przeciwwskazania dla poważnego zabiegu operacyjnego.

Niekiedy torakoplastyka przykręgowa nie wystarcza do uzyskania zapadnięcia się jamy. Wtedy można zastosować dodatkowe zabiegi jak: torakoplastykę przednią (Sauerbruch), apikolyzę, t. j. uwolnienie szczytu od zrostów, plombowanie zapomocą parafiny, czy wszczepienie tkanki tłuszczowej czy mięsnej, wkońcu wycięcie nerwu przeponowego.

Opierając się na 386 torakoplastykach zupełnych, wykonanych w Norwegji, wyciąga prelegent następujące wnioski: zabieg jest połączony z większem niebezpieczeństwem dla mężczyzn, niż dla kobiet, przytem bardziej niebezpieczny po stronie prawej niż lewej. Operacja jednoczasowa daje dwukrotnie większą śmiertelność, niż dwuczasowa. Wyniki leczenia torakoplastyką przedstawiają się następująco: 35 do 45% chorych, których stan nie mógł ulec poprawie przy zastosowaniu innego leczenia uzyskuje długotrwałą zdolność do pracy; około 20% chorych wykazuje czasową poprawę, lecz w końcu ulega schorzeniu; około 10% chorych umiera w następstwie zabiegu, t. zn. w pierwszych 8 tygodniach.

Życzeniem referenta jest, by każdy lekarz znał wskazania i wyniki dające się uzyskać torakoplastyką, aby nie pozbawić możliwości wyleczenia żadnego chorego, któremu zabieg ten mógłby przywrócić zdrowie.

Po wygłoszeniu referatu prof. Bull przedstawił kilkudziesięciu chorych po wykonanej torakoplastyce.

Jako pierwszy z grupy koreferentów przemawia prof. Sauerbruch (Berlin). Na własnym materjale ponad 2000 torakoplastyk procent wyleczonych wynosi 40%, przy uwzględnieniu procesów chorobowych, ściśle jednostronnych dochodzi nawet do 75—80%. Śmiertelność bezpośrednia po zabiegu wynosiła 4—5%, a opada do 1—2% przy ścisłem przestrzeganiu wskazań. Zabieg jednoczasowy należy stosować zawsze, jeżeli okoliczności na to zezwalają. Operacja wykonana wprawną ręką może trwać nie dłużej niż 20 minut. Znieczulenie miejscowe winno być częściej stosowane, a uśpienie ogólne jedynie u niespokojnych, bardzo pobudliwych chorych. Z innych zabiegów chirurgicznych można niekiedy stosować przy obecności jam gruźliczych — plombowanie (Baer), jednak wyniki uzyskane przez koreferenta nie są zachęcające. Co do sztucznego porażenia przepony, koreferent stwierdza, że wielka popularność jaką sobie zabieg ten, dzięki swej prostocie, zdobył — nie jest współmierna z realnym efektem, dającym się uzyskać. Prof. Sauerbruch przestrzega przed zbyt częstem stosowaniem tego zabiegu, który często bywa stosowany jako operacja oszczędzająca, zamiast bezwzględnie wskazanej w danym przypadku torakoplastyki.

Gravesen (Danja) stosuje torakoplastykę zupełną dość rzadko, natomiast częściową znacznie częściej; jako zabieg wstępny wykonuje zwykle wyrwanie nerwu przeponowego. Wyniki uzyskane przy tem postępowaniu nie odbiegają zbyt od wyników przedstawionych przez poprzednich referentów.

Dumarest (Francja), Morriston Davies (Anglja), Orszagh (Węgry), Key (Stokholm), Jessen (Szwajcarja) omawiają następnie torakoplastykę głównie ze stanowiska techniki operacyjnej i odpowiedniej selekcji chorych.

Referat nieobecnego prof. Rutkowskiego (Kraków) przedstawił Węgrzynowski, omawiając technikę operacyjną, stosowaną w klinice krakowskiej, niektóre wskazania i komplikacje torakoplastyki. Z dopełniających, czy zastępczych zabiegów — plombowanie ma zdaniem prof. Rutkowskiego warunki, by stać się operacją przyszłości w gruźlicy płuc, po usunięciu niektórych braków technicznych.

Według referatu przedłożonego członkom konferencji przez Leotta (Włochy) sposób podany przez niego, a polegający na czasowem porażeniu mięśni międzyżebrowych ośmiu pierwszych przestrzeni międzyżebrowych, przez wstrzyknięcie alkoholu do nerwów międzyżebrowych, daje dobre wyniki nawet przy obustronnych procesach gruźliczych, przez czasowe unieruchomienie klatki piersiowej.

W dyskusji wzięło udział 20 członków Zjazdu, uwzględniając w swych przemówieniach głównie techniczne momenty torakoplastyki i podobnych zabiegów.

Jacquerod (Szwajcarja) wypowiada się za szerszem stosowaniem częściowej resekcji żeber, niezupełnej torakoplastyki, podobnie i Denk (Austrja); Divis (Czechosłowacja) jest zwolennikiem frenikotomji i pneumolyzy połączonej z plombowaniem.

Neumann (Austrja), podobnie jak Rutkowski przypisuje plombowaniu w przyszłości szerokie zastosowanie. Jacobaeus i Gullbring (Szwecja) przedstawiają szereg przypadków, po efektownem przecięciu zrostów opłucnowych. Andersen (Norwegja) przedstawia swój sposób wykonywania torakoplastyki, który prof. Bull omówił w swoim referacie. Hofbauer (Austrja) i Graf (Niemcy) opisują również swoje metody operacyjne.

Allesandri (Włochy) jest zadowolony z dotychczasowych wyników torakoplastyki w instytucie „B. Mussolini"; co do wartości czasowego porażenia nerwów międzyżebrowych (Leotta) nie może jeszcze wydać ostatecznego sądu. Malan (Włochy) uważa dłuższe leczenie sanatoryjne przed a zwłaszcza po zabiegu za konieczne. Vogel-Eysern (Szwajcarja) widzi przyszłość leczenia gruźlicy jedynie w klimacie wysoko-górskim. Zapatrywanie swe przedstawili w końcu: Schröder (Niemcy), Rist (Francja), Perera y Prats (Hiszpanja), Redaelli (Włochy), Carpi (Włochy), Sayé (Hiszpanja). Juhel (Francja) i Derscheid (Belgja).

III. dzień obrad 15. sierpnia 1930.

Prof. His (Berlin) wygłasza referat: *Kształcenie studentów i lekarzy w zakresie gruźlicy*, — podnosząc, że w niezbyt odległych czasach praktyczna wiedza lekarska rozpadła się na szereg specjalności. Rozdział dotąd zespolonych gałęzi medycyny był rzeczą konieczną, ponieważ zakres wiedzy lekarskiej stał się tak szeroki, że jedna osoba nie mogła objąć całości, a metody badania i sposoby leczenia stały się tak zróżnicowane i technicznie trudne, że wymagały w każdej gałęzi specjalnego przygotowania. Gruźlica jako bardzo rozpowszechnione schorzenie przedstawia ważne zagadnienie społeczne, a zwalczanie jej musi odbywać się drogą indywidualnego leczenia i ogólnych zarządzeń społecznych. Dla ogólnego wykształcenia lekarskiego studenta medycyny należy się przeto gruźlicy odpowiednie miejsce w programie nauczania na wydziale lekarskim; dla specjalizacji w tej gałęzi konieczne są dalsze studja w odpowiednich zakładach i klinikach. W uniwersytetach niemieckich sprawa nauczania o gruźlicy przedstawia się następująco: W czasie obowiązkowych wykładów anatomji patologicznej, kliniki chorób wewnętrznych, dziecięcych, skórnych i chirurgicznej omawiają profesorowie zwykle wyczerpująco gruźlicę. W ogólnych ćwiczeniach praktycznych mają studenci sposobność zaznajomienia się z techniką badania mikroskopowego, chemicznego i fizykalnego. Nauczanie techniki roentgenologicznej odbywa się we wszystkich uniwersytetach, nie jest jednak obowiązkowe. Ponadto odbywają się we wszystkich uczelniach nieobowiązkowe wykłady o gruźlicy. Katedry ftizjologji nie posiada żaden uniwersytet niemiecki; jedynie niektóre jak Heidelberg, Göttingen i Berlin mają zakontraktowanych wykładowców z tej dziedziny (Prof. Fraenkel, Ziegler i Friedmann). Przy niektórych klinikach istnieją przychodnie przeciwgruźlicze, a jedynie w trzech uniwersytetach mają studenci sposobność dokładnego zapoznania się z pracą w przychodni przeciwgruźliczej. Poza tem zwiedzają studenci przeważnie 1 do 2 razy w roku sanatorja gruźlicze.

Podobnie przedstawiają się też stosunki pod tym względem w innych państwach. W Kanadzie studenci odbywają praktykę w sanatorjach dla chorych gruźliczych w czasie ferji letnich. W Finlandji istnieją specjalne kursy teoretyczne i praktyczne z zakresu gruźlicy. W Szwecji — w Upsali obowiązuje studentów wysłuchanie kursu z zakresu wczesnego rozpoznawania gruźlicy. W Lund istnieje obowiązkowa 3-tygodniowa praktyka w przychodni lub sanatorjum gruźliczem. Z pośród niewielu klinik posiadających oddział gruźliczy i przychodnię przeciwgruźliczą wymienia prof. His lwowską klinikę chorób wewnętrznych. Katedrę ftizjologji posiada uniwersytet w Paryżu (L. Bernard) i w Edinburgu (Sir R. Philip).

Dokształcaniem lekarzy w zakresie gruźlicy zajmuje się w Niemczech szereg organizacji, w pierwszym rzędzie uniwersytety i Centralny Komitet Przeciwgruźliczy. Instytucje te organizują kursy nie tylko w miastach uniwersyteckich lecz także w prowincjonalnych miejscowościach, posiadających szpital lub sanatorjum, dla ograniczonej liczby uczestników. W myśl rozporządzenia pruskiego ministerstwa opieki społecznej obowiązani są lekarze urzędowi odbyć kurs roentgenodiagnostyki gruźlicy płuc. Wszelkie kursy dokształcające są bezpłatne. Uczestnicy opłacają jedynie wpisowe 5—10 mk.

W innych państwach poza Niemcami organizują również rozmaite związki podobne kursy dokształcające. W Polsce istnieją stałe kursy 3-miesięczne dla lekarzy.

Stan przedstawiony powyżej uważa prof. His naogół za zadowalający, zwłaszcza jeżeli chodzi o studjum uniwersyteckie. Swoje postulaty streszcza następująco:

Nauczanie o gruźlicy powinno odbywać się w ramach kliniki chorób wewnętrznych, dziecięcych, skórnych i chirurgicznej. Jest rzeczą konieczną, by wymienione kliniki rozporządzały wystarczającym materjałem chorych gruźliczych wszystkich okresów choroby. Ponadto studenci muszą mieć możność zapoznania się z pracą w sanatorjach i przychodniach przeciwgruźliczych. Pożądane są również nieobowiązkowe specjalne wykłady o gruźlicy i kursy praktyczne.

Dokształcanie lekarzy w zakresie patologji, rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy powinno być tak zorganizowane, by każdy praktykujący lekarz miał sposobność od czasu do czasu odświeżyć i uzupełnić swoje wiadomości. Postulat ten powinien obowiązywać wszystkich lekarzy urzędowych. Lekarzom, którzy zamierzają wyspecjalizować się we ftizjologji powinno się ułatwić jak najbardziej odbycie praktyki w sanatorjach i przychodniach. Wszelkie władze winne zachęcać podległych im lekarzy do udziału w zjazdach krajowych i zagranicznych.

Prof. Ziegler (Heidehous) podkreśla, że przy obecnym systemie nauczania, prawie w żadnym uniwersytecie student medycyny nie nabywa wystarczających wiadomości o epidemjologji gruźlicy, jej fazach rozwojowych, jak również o środkach walki społecznej z gruźlicą. Jako środek zaradczy, proponuje, by kliniki chorób wewnętrznych posiadały oddziały gruźlicze o 30—40 łóżkach, by pewną określoną ilość godzin wykładów kliniki przeznaczono na gruźlicę, a w klinikach, gdzie kierownik nie zajmuje się specjalnie gruźlicą, by wzorowano się na uniwersytetach w Heidelbergu i Göttingen, które zaangażowały specjalnych wykładowców ftizjologji. Z doświadczenia własnego w Göttingen, uważa Ziegler jednogodzinny wykład w tygodniu, połączony oczywiście z ćwiczeniami praktycznemi na oddziale gruźliczym kliniki, za wystarczający, by w ciągu 1. półrocza dać studentom podstawy ftizjologji. Utworzenie odrębnej katedry ftizjologji jest zbyteczne. Przy egzaminie z interny winien profesor tego przedmiotu obowiązkowo zwracać szczególną uwagę na wiadomości studenta z dziedziny ftizjologji.

W krajach, gdzie po doktoracie obowiązuje młodych lekarzy praktyka szpitalna, winien być pewien okres czasu (n. p. 3 miesiące) przeznaczony na pracę na oddziele gruźliczym lub w przychodni. Dokształcanie lekarzy jest rzeczą bardzo ważną, gdyż walka z gruźlicą będzie tem skuteczniejszą, im więcej lekarzy praktykujących będzie do niej lepiej przygotowanych. Wszelkie takie kursy winne być bezpłatne, a lekarze powinni nadto otrzymywać zwrot kosztów związanych z udziałem w kursie.

Derscheid (Belgja) przedstawia stosunki istniejące w Belgji. W b. r., jako w 100. rocznicę niepodległości Belgji stworzono fundusz 100 miljonów fr. na walkę z gruźlicą, który w pierwszym rzędzie ma być użyty dla wykształcenia odpowiedniej ilości lekarzy, dobrze do tej walki przygotowanych. W 4 uniwersytetach organizuje się wzorowe przychodnie przeciwgruźlicze dla celów przedewszystkiem dydaktycznych.

Soper (Stany Zjednoczone) podkreśla znaczenie szkoły lekarskiej Trudeau, dla wyrobienia lekarzy ftizjologów w Ameryce.

Bernard (Paryż) uważa obecny stan nauczania o gruźlicy za niewystarczający. W obecnym stanie nauki i przy wymaganej od lekarzy znajomości społecznych zarządzeń, jest rzeczą konieczną kreowanie osobnych katedr ftizjologji. Klinika gruźlicy w Paryżu, której kierownikiem jest Bernard, posiada 105 łóżek; w ścisłym związku z kliniką pozostaje przychodnia „Leon Bourgois", która w r. 1929 miała ponad 16.000 uczestników; poza tem istnieje ścisła współpraca kliniki z oddziałami położniczemi, żłóbkami, organizacją „Oevre Grancher" i t. d. W Klinice prof. Bernarda odbywają się stale kursy dla specjalizacji we ftizjologji 1. i 3. miesięczne, kursy uzupełniające, dotyczące jedynie pewnych ograniczonych zagadnień i wreszcie podstawowe nauczanie studentów w zakresie kliniki gruźlicy. Dla poprawienia ogólnej zdrowotności studja żadnego innego przedmiotu nie są bardziej konieczne, jak nauka o gruźlicy.

Sir R. Philip (Edynburg) wypowiada się za odrębnem nauczaniem gruźlicy w uniwersytetach. W Edynburgu od r. 1915 są wykłady i ćwiczenia z zakresu kliniki gruźlicy obowiązkowe dla

studentów medycyny. Według Morelli'ego (Rzym) należy organizować niewiele instytutów — szkół gruźliczych; powinno się je natomiast bogato wyposażyć we wszelkie urządzenia i w wielki materjał chorych. W Rzymie powstała niedawno klinika dla gruźlicy i chorób narządu oddechowego, której zadaniem jest w pierwszym rzędzie kształcenie lekarzy specjalistów, jest to zaczątek instytutu „Benito Mussolini", którego otwarcie ma nastąpić za 2 lata. Instytut ten będzie obejmował 1300 łóżek i szereg wspaniałych pracowni.

Holst (Oslo) zwraca uwagę na trudności we wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc i na konieczność należytego przygotowania w tym zakresie studentów medycyny. Nauczanie elementarne ftizjologji powinno się odbywać w klinikach chorób wewnętrznych i przychodniach przeciwgruźliczych, specjalizacja natomiast w wielkich sanatorjach.

Koreferat prof. Witolda Orłowskiego (Warszawa) odczytał Rudzki. Referat ten przedstawia szczegółowo odnośne stosunki w Polsce. We wszystkich uniwersytetach polskich istnieją przy klinikach chorób wewnętrznych oddziały dla gruźlicy płucnej, i tak uniwersytet poznański rozporządza 120 łóżkami, warszawski 37, lwowski 26, krakowski 15, wileński 6. Uniwersytety we Lwowie i Krakowie posiadają przychodnie przeciwgruźlicze. W uniwersytecie warszawskim znajduje się przychodnia w stadjum organizacji.

Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje corocznie w porozumieniu z wydziałem lekarskim uniwersytetu warszawskiego 3. miesięczny kurs dokształcający z zakresu gruźlicy dla lekarzy. Poza tem wszystkie wydziały lekarskie urządzają kursa dokształcające dla lekarzy, w czasie których są omawiane również zagadnienia z zakresu gruźlicy.

Pożądanem byłoby, by studenci zaznajomili się w czasie studjów z interpretacją zdjęć roentgenologicznych, by znali wskazania do zabiegów leczniczych, chirurgicznych, odmy piersiowej i aktinoterapji, z drugiej zaś strony wykonywanie tych zabiegów nie powinno być przedmiotem obowiązkowego nauczania. Przynajmniej jedna klinika w każdym uniwersytecie powinna posiadać przychodnię przeciwgruźliczą, obejmującą swą działalnością określoną dzielnicę miasta. Wskazanem jest, by kliniki i szpitale posiadające oddziały dla chorych gruźliczych, jak również wielkie sanatorja urządzały corocznie teoretyczne i praktyczne kursy dokształcające dla lekarzy. Wkońcu powinno się zorganizować dłuższe kursy dla gruntownej specjalizacji w zakresie ftizjologji.

Westergren (Stokholm) omawia organizację studjów lekarskich w Szwecji, gdzie w ciągu 8 do 9 lat ich trwania, można przeznaczyć wystarczającą ilość godzin na dość gruntowne przygotowanie studentów w zakresie ftizjologji. Jednak mimo to obecnego stanu nie można uważać za ostateczne załatwienie sprawy nauczania tego tak ważnego przedmiotu. Dokształcanie lekarzy w tym zakresie powinno objąć jak najszersze ich warstwy, przedewszystkiem lekarzy urzędowych i pracujących w przychodniach. Eiselt (Praga) uważa obecne wiadomości studentów i lekarzy z zakresu gruźlicy na ogół za niewystarczające. Stworzenie klinik dla gruźlicy przy uniwersytetach okaże się wnet rzeczą konieczną.

Niemal wszyscy mówcy biorący udział w dyskusji wypowiedzieli się za znacznem rozszerzeniem dotychczasowego zakresu nauczania ftizjologji, jak n. p. Dąbrowski (Polska), Harbitz (Norwegja), Courmont i Armand-Delille (Francja), Maher, Jacobs i Wolff (Stany Zjednoczone), Kayser-Petersen (Niemcy) i inni. Niektórzy, jak Rudzki (Polska), Rist (Francja), Blümel (Niemcy), Gasparini (Włochy) domagają się stworzenia katedr ftizjologji, Cepulić (Jugosławia) donosi o kreowaniu takiej katedry w Zagrzebiu. Vorobieff (Rosja sow.) oznajmia, iż w Rosji istnieją 4. katedry ftizjologji.

Plenarne obrady Zjazdu zakończył Heitmann (Oslo) przedstawieniem akcji przeciwgruźliczej w Norwegji.

Na posiedzeniu Komitetu wykonawczego międzynarodowego związku postanowiono zwołać następny Zjazd w r. 1932 do Holandji. Na wniosek prof. Maini'ego (Włochy) wybrano komisję złożoną z 10 członków, wśród których znajduje się również delegat polski Rudzki, która ma się zająć sprawą unifikacji nazw we ftizjologji, opracowaniem minimalnego, podstawowego programu walki z gruźlicą, i wreszcie ułatwieniem wzajemnej wymiany zapatrywań i odwiedzin uczonych i lekarzy obcych państw.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Prof. Dr. ERNEST baron MAYDELL.

Dnia 23 sierpnia zmarł w Krakowie Dr. Ernest Maydell. profesor fizjologji Uniwersytetu Jagiellońskiego, zasłużony działacz na niwie społecznej i naukowej.

Urodzony pod Piatigorskiem dn. 29. VIII. 1878 roku, kształcił się naprzód w szkole średniej we Władykaukazie, po ukończeniu której zapisuje się na wydział lekarski uniwersytetu kijowskiego. Po ukończeniu tegoż obiera sobie drogę naukową i pod przewodnictwem prof. Czagowca rozpoczyna swą naukową działalność. Zajmuje się najprzód fizjologją mięśni, potem objawami zmęczenia odruchowych ośrodków nerwowych, wreszcie w doświadczeniach o podstawowem znaczeniu wykazuje wielkie znaczenie bodźców wewnętrznowydzielniczych dla pracy gruczołów trawiennych żołądka. Ta działalność naukowa przerywana była dwukrotnie, raz przez wojnę rosyjsko-japońską, w której ś. p. Prof. Maydell bierze udział jako lekarz wojskowy, i po raz drugi przez wojnę światową i rewolucję rosyjską. W roku 1917 broni swej dyssertacji na tak trudny do uzyskania w uniwersytetach rosyjskich stopień doktora medycyny. W tym samym roku zostaje mianowany profesorem fizjologji w politechnice kijowskiej, w roku 1919 profesorem Wyższych Żeńskich Kursów, wreszcie w r. 1920 zastępuje w Uniwersytecie Kijowskim profesora fizjologji.

Po wojnie, gdy wskutek śmierci Napoleona Cybulskiego zawakowała katedra fizjologji w Uniwersytecie Jagiellońskim, ś. p. Prof. Maydell zostaje na nią powołany. Tworzący się ówcześnie Uniwersytet Stefana Batorego prawie równocześnie wzywa go do Wilna. Pragnąc zadośćuczynić tej potrzebie, porzuca chwilowo wykłady w Krakowie, aby stanąć na czele Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wileńskiego, gdzie zostaje obrany dziekanem. Na tej nowej, a dla kraju tak ważnej placówce kresowej ś. p. Prof. Maydell rozwija w całej pełni swój wielki talent organizatorski, przyczyniając się w wielkiej mierze do rozwoju tamtejszego uniwersytetu oraz stwarzając zakład fizjologji.

W roku 1922 powraca do Wszechnicy Jagiellońskiej na stałe i ma również ważne dzieło do dokonania. Reorganizacja na skutek przerwy w pracach naukowych w ostatnich latach wojny zapuszczonego zakładu z powodu wielkiego braku środków materjalnych rozciąga się na całe lata i wymaga ze strony ś. p. Prof. Maydella wielkiej wytrwałości, pracy i ofiarnego poświęcenia. Dzięki tej ofiarności z roku na rok rozszerzała się działalność naukowa i pedagogiczna zakładu. Sala wykładowa uzyskuje możność przedstawiania nawet bardzo złożonych doświadczeń. W sali ćwiczeń wciąż powiększa się zakres pouczających doświadczeń, z jakiemi studenci mają do czynienia. Zostaje wyposażonych kilka pracowni we wszelkie przyrządy potrzebne do pracy naukowej, przyczem szereg pracowników uzyskuje możność kształcenia się w pracy eksperymentalnej.

Czynny udział przyjmuje ś. p. Prof. Maydell w sprawach społecznych, jak w budowie domów profesorskich w Krakowie, a także w sprawach młodzieży akademickiej. Będąc z natury ogromnie żywy i uprzejmy oraz troskliwy o dobro młodzieży, bardzo lubiany jest przez studentów i zostaje kuratorem Biblioteki i Bratniej Pomocy Medyków. Nie żałując trudów, dzięki swej inicjatywie kładzie wielkie zasługi dla tej organizacji młodzieży. Specjalną jego sympatją i staranną opieką cieszyło się Akademickie Koło Kresowe, którego również był kuratorem. Był prawdziwym ojcem młodzieży kresowej, wśród której wielu zawdzięcza mu możność nauki.

W ostatnim roku swego życia szczególnie dużo swego czasu i pracy poświęcał sprawom Studjum Wychowania Fizycznego, którego był dyrektorem. Niestety dobro tego Studjum tylko przez czas zbyt krótki cieszyć się mogło jego opieką, gdyż naprzód ciężka choroba, a potem nagła śmierć nie dały mu dokończyć tak świetnie rozpoczętego dzieła.

O jego niespożytej energji i poświęceniu pojęcie dać może fakt, że powalony ciężką chorobą nawet w chwilach, gdy lekarze powątpiewali o możliwości wyzdrowienia, nie przestał się interesować losami zarządzanych przez siebie instytucyj. Niejednokrotnie wzywał do siebie to asystentów zakładu, to funkcjonarjuszów Studjum Wychowania Fizycznego lub przewodniczących organizacji akademickich, i, nie bacząc na swój ciężki stan, odbywał z nimi konferencje lub udzielał im rad i wskazówek, jak za czasów najlepszego zdrowia. Również jeszcze na kilka dni przed śmiercią mimo trudności w wymowie i wielkiego osłabienia kazał sobie referować sprawy, których sam załatwić nie mógł i wydawał zarządzenia.

Wobec współpracowników zakładu ogromnie życzliwy i uczynny, gotów był w każdej chwili do udzielenia rad i wskazówek oraz do czynnej pomocy; wobec studentów bardzo przystępny, ogromnie przychylnie, po ojcowsku traktował ich sprawy, zyskując sobie w ten sposób miłość i poważanie u wszystkich. Piękną cechą jego charakteru było to, że choć lubił układną formę zewnętrzną w każdej sprawie, to jednak nie przywiązywał do tego większego znaczenia, oceniając tak kwestje, jak i ludzi nie podług powierzchownego ich wyglądu, lecz podług istotnej wartości. Dzięki trzeźwości i światłości sądu, dzięki oryginalnemu ujęciu każdej kwestji, dzięki odwadze cywilnej z jaką nie wahał się napiętnować każdej sprawy, której nie uważał za dobrą, zdanie jego było zawsze ogromnie cenną wskazówką dla postępowania jego uczniów i współpracowników.

Niespodziewana śmierć zabrała go w chwili, gdy wyszedłszy z bardzo ciężkiej choroby pozornie powracał do zupełnego zdrowia. Ciesząc się z stopniowo wzrastających sił, zaczął znów swe czynności w życiu uniwersyteckiem i układał program swych dalszych czynności nauczycielskich i naukowych, gdy niespodziewanie szybki zgon przerwał jego niestrudzoną działalność. Odszedł pozostawiając w żałobie rodzinę oraz szczery i głęboki żal wśród swych uczniów i współpracowników.

B. Szabuniewicz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

VI-ty kurs trachomatologji dla lekarzy, który miał się rozpocząć w Państwowej Szkole Higjeny 1 października r. b. odbędzie się w czasie od 9—17 grudnia 1930 r. Zgłoszenia przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do dn. 20 listopada r. b.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 30. IX. 1930 r. o godz. 8-mej wiecz. 1) Wiceprezes: Wynik konkursu im. F. Sommera. 2) A. Freyd: Patologja Dorzecza Amazonki. Peru. Brazylja. (Polskie tereny kolonizacyjne). 3) Badania nad rozpoznawaniem cukrzycy. Don. I. J. W. Grott, Fr. Kowalski i St. Windyga. Wahania krzywej cukru we krwi po glukozie u zdrowych.

Kraków.

Dnia 14. września b. r. zmarła Dr. Wanda z Hercoków Radwańska-Żelechowska w 46 r. życia.

Lwów.

Z Izby Lekarskiej Lwowskiej. Prawomocnym wyrokiem Sądu Izby Lekarskiej z 23 lutego 1929 zasądzeni zostali Dr. R. B. lekarz w Drohobyczu i Dr. N. B., lekarka w Drohobyczu, na karę napomnienia, zaostrzoną ogłoszeniem wyroku w Polskiej Gazecie Lekarskiej z przytoczeniem pierwszych liter imienia i nazwiska oraz grzywną 50 zł, oboje za to, że ignorowali pisma Zarządu Izby Lekarskiej Lwowskiej, a temsamem ten Zarząd lekceważyli przez to, że pism tych nie przyjmowali, tudzież za to, że na pisma Sądu Izby Lekarskiej Lwowskiej nie odpowiadali, a przeto tenże Sąd lekceważyli.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. sierpień 1930 r. W Zarządzie Centralnym. Mianowani: Miller Felicjan, prowizoryczny Radca ministerjalny w VI st. sł., Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 11. VIII. 1930 r. — W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. Zwolnieni: Inż. Lelesz Edmund, prowizoryczny kierownik Oddziału w VI st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, z dniem 31. VII. r. b. dekretem z dnia 31 VII. 1930 r. Praussowa Marja, prowizoryczny asystent w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na zasadzie postanowień art. 60 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 31 VIII 30. dekretem z dnia 4. VIII. 1930 r. Przeniesieni na emeryturę: Dr. Fox Jan, prymarjusz w VII st. sł. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie, na własną prośbę z dniem 31. VIII 1930. We Władzach II instancji. Mianowani: Dr. Orszulok Paweł, prowizoryczny Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, Naczelnikiem Wydziału w V st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 11 VIII 1930 r. Przeniesieni na emeryturę: Muthsam Hugon, inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Krakowskim, na własną prośbę z dniem 31. VIII 1930 r. We Władzach I instancji. Mianowani: Dr. Jagliński Józef, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem we Wrześni, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 20. VIII. 1930 r. — Dr. Postolko Stanisław, kontraktowy lekarz powiatowy w Starostwie powiatowem Radomskiem, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 8. VIII. 1930 r. Przeniesieni: Dr. Jędraszko Bolesław, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Węgrowskiem, na takież stanowisko i w dotychczasowym stopniu służbowym do Starostwa powiatowego w Kutnie dekretem z dnia 23. VIII. 1930 r. Dr. Rymaszewski Jerzy, lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem Lubomelskiem, na stanowisko lekarza powiatowego dla portu Gdyńskiego w Gdyni w dotychczasowym stopniu służbowym dekretem z dnia 20. VIII. 1930 r. Przeniesieni na emeryturę: Dr. Godłowski Aleksander, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Rzeszowskiem, na własną prośbę z dniem 30. IX. 1930 r. Dr. Hertzberg Władysław, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Częstochowskiem, na własną prośbę z dniem 30. IX. 1930 r.

Częstość gruźlicy u młodzieży akademickiej. W roku ubiegłym przeprowadzono w Polsce badania wśród młodzieży akademickiej, mieszkającej w domach akademickich i stwierdzono, że około 20% jest dotkniętych gruźlicą, w tem 6% gruźlicą otwartą. Sprawa gruźlicy wśród uczącej się młodzieży staje się coraz bardziej aktualną wobec znacznej ilości wypadków, na co składają się ciężkie warunki życiowe młodzieży. W celu zaradzenia złemu, w roku bieżącym Uniwersytet Lwowski postanowił zwrócić się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą, by studentów z otwartą gruźlicą płucną usuwać czasowo z Uniwersytetu aż do wyzdrowienia. Z drugiej strony Wydział Lekarski U. W. postanowił wydać przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego odezwę, zwracającą uwagę zarówno młodzieży, jak i rodziców, że zawód lekarski wymaga podczas studjów i później, po ich ukończeniu podczas pracy zawodowej, dobrego zdrowia, i że zatem kandydaci wątli, zagrożeni gruźlicą, powinni obrać sobie inny zawód.

Wydatki samorządów w Polsce na opiekę społeczną. Zebraniem odnośnych danych zajęło się Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej i opublikowało je w swojem wydawnictwie. Okazuje się, iż ogółem wydano na cele opieki społecznej w roku 1924 około 27 miljonów złotych, zaś w r. 1928/29 — więcej niż 85 miljonów złotych. Mamy tu zatem przeszło trzykrotny wzrost wydatków. W r. 1924 na pierwszem miejscu figurowało miasto stołeczne Warszawa, które wydało na powyższy cel 11 miljonów złotych, drugie miejsce zajmowało województwo Poznańskie, z sumą 4,7 miljonów złotych, trzecie — Śląsk, z sumą 2,8 miljonów złotych, czwarte — województwo Łódzkie, z sumą 1,2 miljonów złotych. W roku 1928/29 pierwsze miejsce zajął Śląsk, z sumą 19,4 miljonów złotych, drugie miejsce dopiero przypadło Warszawie, z sumą 15.4 miljonów złotych, trzecie — województwu Poznańskiemu — 12,4 miljonów złotych, na czwartem pozostało województwo Łódzkie, z sumą 6,4 miljonów złotych. Najmniejsze wydatki na samorządy ponoszą stale dwa województwa południowe: Tarnopolskie i Stanisławowskie. W r. 1924 wydatkowały one na cele opieki społecznej 28.000 zł i 78.000 zł., w r. 1928/29 — 448.000 zł 719.000 zł., zajmując ostatnie miejsce wśród 17 województw.

W sprawie walki uzdrowisk zagranicznych o pacjentów z Polski[1]). W sprawie powyższej nadesłano nam poniższe wyjaśnienie: 1) Koszty wizy oparte są na obopólnych prawach i kwestja ta zależy wyłącznie od Ministerstwa Spraw Zagranicznych polskiego i francuskiego. 2) Co do taryf kolejowych, to w okresie od 1 maja do 30 września wszystkie stacje większych sieci kolejowych francuskich wydają bilety powrotne po cenach zniżonych osobom, udającym się do francuskich stacji klimatycznych, kąpielowych i leczniczych[2]). W związku z powyższem informujemy, że istnieje w Warszawie (Foksal Nr. 18) Bureau de Renseignements de Tourisme, w którem można bezpłatnie otrzymać wszelkie informacje, dotyczące podróży po Francji, oraz broszury o wszystkich francuskich miejscowościach kąpielowych i klimatycznych.

Redakcja otrzymała:

Sowremennaja Psychonevrologija, tom X. nr. 6, z r. 1930.

Wraczebnoje Dielo, naucznyj medycynskij żurnal, nr. 6, z 31 marca 1930 r.